Московский городской
психолого-педагогический университет

А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян

Психологическая помощь людям, пережившим травматический стресс



Москва
МГППУ 2006

ББК 88
Х 71

Настоящее издание подготовлено и осуществлено
в рамках проекта «Содействие в восстановлении
и развитии системы образования в Чеченской Республике»
при поддержке Московского Бюро ЮНЕСКО

Россия, 119049 Москва, ул. Мытная, д. 1, под. 1
Тел. +7 (095) 230-05-54, 230-10-65. Факс +7 (095) 238-60-85
E-mail: moscow@unesco.ru
www.unesco.ru



Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г.
Х 71 Психологическая помощь людям, пережившим травматический стресс. — М.: МГППУ, 2006. — 112 с.

ISBN 5-94051-022-1

Данное пособие предназначено специалистам — психологам, работающим в системе консультативных центров. Травматический стресс (состояние, возникающее в ответ на стрессогенные жизненные события, сопряженные с угрозой жизни и благополучию индивида) сопровождается целым рядом эмоциональных нарушений (симптомами депрессии, тревоги) и соматических симптомов. Эти эмоциональные нарушения имеют психологическую природу. В пособии содержится подробное описание феноменологии посттравматического стрессового расстройства, а также депрессивных, тревожных и соматических расстройств, как наиболее значимых и распространенных последствий посттравматического стресса. Вычленены основные мишени психологической помощи людям, у которых имеют место симптомы перечисленных выше расстройств, дана характеристика наиболее эффективных методов помощи. Основой интервенций, которые описаны в пособии, служит когнитивно-бихевиоральный психотерапевтический подход. Аннотируемое пособие позволит психологам-консультантам своевременно диагностировать симптомы травматического тресса и связанных с ним эмоциональных расстройств, а также грамотно осуществлять необходимые профилактические и коррекционные вмешательства.

ББК 88

ISBN 5-94051-022-1

Введение

Пособие предназначено специалистам — психологам и врачам, работающим с людьми, пережившими травматический стресс. Сложная история нашей страны, сопровождающаяся войнами, внутриполитическими коллизиями, социоэкономическими потрясениями, ставит специалистов перед необходимостью работы с многочисленными психологическими последствиями пережитых людьми трагедий и стрессов. Психологические последствия травматического стресса разнообразны и выражаются в целом ряде эмоциональных нарушений и соматических жалобах. Эти нарушения могут выражаться в отдельных симптомах (острого стресса, депрессии, тревоги, соматизации), которые требуют внимательного отношения и квалифицированной помощи. В противном случае существует риск перехода этих состояний в клинически очерченные эмоциональные расстройства со сложной клинической картиной, помощь при которых предполагает глубокие знания их феноменологии для правильной и своевременной диагностики. Отсутствие адекватной и своевременной помощи в этих случаях опасно тяжелыми последствиями в виде хронификации и утяжеления расстройств, алкоголизации и суицидального поведения. Выбор адекватных методов помощи во многом зависит от компетентности специалистов: от их подготовки в области психодиагностики, а также от владения современными научнообоснованными методами психологической помощи, прошедшими проверку на эффективность. Согласно современным диагностическим подходам (МКБ-10) и научным исследованиям, к наиболее важным расстройствам, связанным с травмой, относятся посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), депрессии, тревожные и соматоформные расстройства. К сожалению, до сих пор явно недостаточно русскоязычной литературы, освещающей вопросы феноменологии и лечения актуальных для нашего времени и культуры расстройств. Главной задачей данного пособия является восполнение указанного дефицита.

К наиболее эффективным методам помощи при эмоциональных нарушениях и расстройствах относится когнитивная психотерапия. Данный вид психотерапии нередко называют первым методом выбора для этих состояний. За рубежом были проведены многочисленные исследования, доказавшие высокую эффективность когнитивной психотерапии при ПТСР, депрессивных, тревожных и соматоформных расстройствах. В течение последних 15 лет авторы данного пособия занимаются активным внедрением этого подхода в отечественной службе охраны психического здоровья. Нам посчастливилось пройти курс обучения когнитивной терапии в Институте когнитивной терапии Арона Бека — создателя этого направления (США). Собственный многолетний опыт работы с перечисленными расстройствами в отечественных условиях внушает большой оптимизм в плане возможностей когнитивной терапии в возвращении душевного здоровья нашим соотечественникам, пережившим или переживающим травматический стресс. Нам искренне хотелось бы поделиться этим опытом с коллегами, которым в сложных условиях современной Чечни приходится особенно много работать с последствиями психической травмы.

Нам хотелось бы высказать глубокое уважение и благодарность замечательным чеченским коллегам — врачу-психиатру Кюри Идрисову и клиническому психологу Хапте Ахмедовой, общение с которыми на протяжении последних лет стало важным событием в нашей профессиональной и личной жизни. Их безграничное мужество и человечность, уровень профессиональной квалификации могут служить примером для каждого из нас.

Глава 1
Клиническая феноменология эмоциональных расстройств, сопровождающих пережитый травматический стресс

Посттравматическое стрессовое расстройство

Диагностические характеристики ПТСР

Диагнозу ПТСР соответствует (по DSM-IV) пережитый экстремальный стресс и характерное сочетание симптомов, присутствующих не менее 1 месяца. Если симптомы присутствуют дольше 3 месяцев, диагностический код изменяется с острого на хронический. Если симптомы появляются через 6 месяцев с момента пережитого стресса, говорят об отсроченном начале. Симптомы можно сгруппировать в три кластера:

I. *Постоянное повторное переживание* травматического события в одном из следующих вариантов:

- в виде вызывающих дискомфорт «вторгающихся» или периодически возникающих воспоминаний, образов, мыслей о событии;
- в ощущении, что травмировавшее событие возвращается, как будто наяву (что может включать иллюзии, галлюцинации и диссоциативные обратные видения — флэшбэк), и может сопровождаться соответствующим поведением;
- в ночных кошмарах (само событие или другие пугающие образы часто возвращаются в сновидениях);
- в форме преувеличенного эмоционального дискомфорта при воздействии внутренних или внешних сигналов, символизирующих травматическое событие;
- в интенсивной физиологической реакции на сигналы, напоминающие человеку событие в целом или какие-то его фрагменты.

II. *Избегание или эмоциональное оцепенение,* проявляющееся по меньшей мере в трех из перечисленных форм:
- в избегании видов деятельности, мест или людей, связанных с травматическим событием;
- в ощущении укороченной перспективы будущего (например, в отсутствии ощущения того, что нормальная жизнь когда-либо вернется);
- в избегании мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой;
- в снижении интереса к участию в когда-то вызывавших удовольствие видах деятельности;
- в ощущении отделенности или эмоционального отчуждения от других людей;
- в неспособности вспомнить важные аспекты травматического опыта;
- в ощущении суженного спектра эмоциональных проявлений (например, неспособности испытывать чувство любви).

III. *Постоянная повышенная возбудимость*, проявляющаяся в двух или более из указанных симптомов:
- нарушения сна;
- раздражительность или вспышки гнева;
- трудности сосредоточения;
- чрезмерная настороженность;
- повышенная реакция вздрагивания.

Депрессии

Феноменология, диагностические критерии и эпидемиология депрессий

В настоящее время расстройства настроения в форме депрессий являются самым распространенным психическим заболеванием в общей популяции и в популяции больных, обращающихся за помощью к врачам общей медицинской практики и к психиатрам. Около 100 млн. человек ежегодно обращаются за помощью по поводу депрессивных состояний (Материалы ВОЗ, 1990). Американские исследования показали, что распространенность в популяции большого депрессивного расстройства по критериям DSM-III-R на протяжении жизни и за 12 месяцев составляет 17,1 и 10,3% соответственно. Пациенты с большой депрессией составляют 6—10% от числа обращающихся в первичную медицинскую сеть.

Сбор данных о распространенности депрессий в нашей стране был значительно затруднен из-за отсутствия единой классификационной системы. Тем не менее полученные в 90-х гг. рядом исследователей данные также свидетельствуют о значительной распространенности этого заболевания. Так, говоря о пациентах психоневрологических диспансеров, О.П. Вертоградова и соавторы (1990) определяют распространенность депрессий в 0,64%. В ходе невыборочного популяционного обследования на одном из московских предприятий депрессия была выявлена у 26% работников. Среди обратившихся к терапевту первичной медицинской сети 68% пациентов имели «признаки депрессии». По данным сотрудников Научного центра психического здоровья РАМН РФ, среди пациентов, обратившихся в «кабинет неврозов» московской районной поликлиники, 34% страдали депрессиями различной тяжести. В 1999 г. Л.М. Шмаонова и Е.А. Бакалова провели клинико-статистический анализ 1927 пациентов, впервые обратившихся к психиатру в первые пять лет работы «кабинета неврозов» поликлиники одного из районов Москвы. Депрессивные расстройства различного генеза составили 38,2% всех обращений. В свою очередь две трети этих депрессий составили психогенные реактивные расстройства.

Независимым от страны, в которой проводились исследования, является тот факт, что монополярная депрессия наблюдается у женщин в два раза чаще, чем у мужчин. Монополярная депрессия может начаться в любом возрасте — от 20 до 50 лет, средний возраст начала – около 40 лет. Биполярные нарушения начинаются, как правило, несколько раньше; диапазон начала охватывает период от детства до 50 лет, средний возраст начала – 30 лет. В целом монополярная депрессия чаще возникает у одиноких людей, не имеющих тесных дружеских связей, у разведенных или живущих отдельно супругов. Биполярные расстройства более часто возникают у одиноких людей, но это может объясняться более ранним началом заболевания и тем разладом, который он приносит в семейную жизнь.

Структура депрессивного синдрома и классификации депрессий

Проявления депрессии очень разнообразны и варьируют в зависимости от формы заболевания. Наиболее типичные признаки этого расстройства представлены в табл. 1.

Таблица 1

Структура депрессивного синдрома

Эмоциональные проявления	Физиологические проявления
Тоска, страдание, угнетенное, подавленное настроение, отчаяние Тревога, чувство внутреннего напряжения, ожидание беды Раздражительность Чувство вины, частые самообвинения Недовольство собой, снижение самооценки Снижение или утрата способности переживать удовольствие от ранее приятных занятий Снижение интереса к окружающему Утрата способности переживать какие-либо чувства (в случае глубоких депрессий)	Нарушения сна (бессонница, сонливость) Изменения аппетита (его утрата или переедание) Нарушение функции кишечника (запоры) Снижение сексуальных потребностей Снижение энергии, повышенная утомляемость при обычных физических и интеллектуальных нагрузках, слабость Боли и разнообразные неприятные ощущения в теле (например, в сердце, в области желудка, в мышцах)
Поведенческие проявления	**Мыслительные проявления**
Пассивность, трудности вовлечения в целенаправленную активность Избегание контактов (склонность к уединению, утрата интереса к другим людям) Отказ от развлечений Алкоголизация и злоупотребление психоактивными веществами, дающими временное облегчение	Трудности сосредоточения, концентрации внимания Трудности принятия решений Преобладание мрачных, негативных мыслей о себе, о своей жизни, о мире в целом Мрачное, пессимистическое видение будущего с отсутствием перспективы, мысли о бессмысленности жизни Мысли о самоубийстве (в тяжелых случаях депрессии) Замедленность мышления

Депрессивные расстройства в классификации МКБ-10

Систематика депрессивных расстройств в МКБ-10 значительно отличается от предшествующих классификаций. Основные различия могут быть сформулированы следующим образом:

1. Не используется дихотомическое подразделение депрессий на «эндогенные» и «невротические» («реактивные»). Причиной отказа от этих традиционных терминов послужили результаты

многочисленных и многолетних исследований, не подтвердивших валидность такой дихотомии.

2. Категория «полярности» (монополярный или биполярный тип течения) представлена в новой классификации.

3. Центральной диагностической категорией является понятие «депрессивный эпизод», подразумевающее сочетание определенных психических и соматических признаков.

4. В основу классификации депрессий положены следующие критерии: а) **количество** симптомов; б) **тяжесть** наблюдаемых расстройств; в) склонность к затяжному течению; г) варианты **течения** расстройств.

Определение типов депрессий в МКБ-10 основывается на операционально определяемых описательных признаках. Основные типы депрессивных расстройств помещены в кластере «аффективные расстройства»; но в других кластерах расстройств также присутствуют категории, соответствующие депрессиям. В табл. 2 в сокращенном виде приводятся категории МКБ-10, включающие депрессивные состояния.

Таблица 2

Основные категории МКБ-10, соответствующие депрессивным состояниям

Аффективные расстройства	Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	Невротические, стрессовые и соматоформные расстройства
F 31. Биполярное аффективное расстройство F 32. Депрессивные эпизоды F 33. Рекуррентное депрессивное расстройство F 34. Устойчивые аффективные расстройства F 34.0. Циклотимия F 34.1. Дистимия F 38. Другие аффективные расстройства F 38.10. Рекуррентное кратковременное расстройство F 39. Аффективные расстройства неуточненные	F 20.4. Постшизофреническая депрессия F 25. Шизоаффективные расстройства F 25.1. Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип F 25.2. Шизоаффективное расстройство, смешанный тип	F 41.2. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство F 43.2. Расстройства адаптации F 43.20. Кратковременная депрессивная реакция F 43.21. Долговременная депрессивная реакция F 43.22. Смешанная тревожная и депрессивная реакция

Рассмотрим основные категории, соответствующие депрессиям в МКБ-10, — депрессивный эпизод, биполярное аффективное расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство, циклотимию, дистимию. В табл. 3 приводятся основные диагностические критерии для депрессивного эпизода разной степени тяжести.

Биполярное аффективное расстройство характеризуется повторными (по крайней мере двумя) эпизодами, при которых настроение и уровень активности значительно нарушены. Эта диагностическая единица совпадает с категорией «аффективный психоз», используемой отечественными психиатрами. В одних случаях отмечается подъем настроения, повышенная активность и энергичность (мания), в других — снижение настроения, пониженная энергичность и активность (депрессия). Как указывалось выше, соотношение депрессивных и маниакальных фаз может быть различным.

Рекуррентное депрессивное расстройство (соответствует категории «монополярная депрессия») характеризуется повторными эпизодами депрессий. Возраст начала, тяжесть, длительность и частота эпизодов при этом расстройстве очень разнообразны. Продолжительность эпизодов в среднем составляет 3—12 месяцев, по сравнению с биполярным расстройством. Они имеют тенденцию к более редкому повторению. Выздоровление обычно полное в межприступном периоде. При диагностике этого расстройства с помощью дополнительного кода уточняется тип текущего эпизода.

В группе устойчивых (хронических) расстройств настроения выделяются относительно неглубокие нарушения в виде циклотимии и дистимии.

Циклотимия длится годами, в силу этого она причиняет дискомфорт и может приводить к нарушению продуктивности. Основная черта – постоянная, хроническая нестабильность настроения с многочисленными периодами легкой депрессии и легкой приподнятости, ни один из которых не был достаточно выраженным или продолжительным, чтобы отвечать критериям биполярного аффективного расстройства или рекуррентного депрессивного расстройства. Отдельные эпизоды изменения настроения не отвечают критериям маниакального или депрессивного эпизода.

Дистимия – категория, имеющая много общего с концепцией невротической депрессии. Основной чертой является длительно сниженное настроение и усталость, которые никогда (или очень редко) не бывают достаточными для критериев рекуррентного депрессивного расстройства легкой или средней степени. Обычно это расстройство начинается в молодом возрасте; его длительность может достигать многих лет.

Таблица 3

Диагностические критерии депрессивного эпизода разной степени тяжести (МКБ-10, 1999)

Легкий депрессивный эпизод (F. 32.1) Необходимы два из следующих трех симптомов: сниженное настроение; утрата интересов и способности получать удовольствие; повышенная утомляемость. Плюс хотя бы еще два из дополнительных симптомов: сниженная способность к сосредоточению и вниманию; сниженные самооценка и чувство уверенности в себе; идеи виновности и уничижения; мрачное и пессимистическое видение будущего; идеи или действия, направленные на самоповреждение или суицид. Минимальная продолжительность – примерно 2 недели **Тяжелый депрессивный эпизод (F. 32.2 и F. 32.3)** Больной обнаруживает значительные беспокойство и ажитированность. Но может отмечаться и заторможенность. Высокий риск суицидов. Соматический синдром почти всегда присутствует. Присутствуют все три наиболее типичных симптома, плюс четырех или более – дополнительных, часть из них должна быть тяжелой степени. Должен длиться по меньшей мере 2 недели (F.32.2). Может дополняться наличием бреда, галлюцинаций или депрессивного ступора (F.32.3)	**Умеренный депрессивный эпизод (F. 32.1)** Должны присутствовать по крайней мере два из трех наиболее типичных симптомов легкой степени депрессии, плюс по меньшей мере четыре (лучше — четыре) дополнительных симптома. Несколько симптомов могут быть выраженной степени, но это необязательно, если имеются много симптомов. Минимальная длительность всего эпизода – около 2 недель

Тревожные расстройства

Феноменология, диагностические критерии и эпидемиологии тревожных расстройств

Тревожные расстройства сравнительно недавно были выделены в отдельный кластер в международной классификации болезней и совсем недавно стали предметом систематического анализа в нашей стране, в связи с переходом на МКБ-10. Тревожные расстройства входят в раздел F4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» и охватывают диагнозы F40—F41. К ним относятся паническое расстройство, агорофобия, генерализованное тревожное расстройство, социальная фобия, специфические фобии, смешанные тревожно-депрессивные расстройства.

По данным зарубежных эпидемиологов, распространенность тревожных расстройств среди населения довольно высока – в течение жизни тревожным расстройством страдает, по разным данным, от 15 до 20% населения. Наличие тревожного расстройства резко повышает риск возникновения других психических расстройств, прежде всего депрессивных (в 15 раз) и химической зависимости (более чем в 20 раз). По данным Мюнхенского исследования, 50% пациентов, страдающих тревожными расстройствами, имеют проблемы, связанные с алкоголем, а 26% страдают лекарственной зависимостью от анксиолитиков. И наоборот, среди пациентов, госпитализированных в связи с хроническим алкоголизмом, распространенность тяжелых инвалидизирующих фобий составляет примерно 33%. Тревожные расстройства, наряду с депрессивными, являются одним из самых серьезных факторов суицида (NIMH, 1989). Тревожные рассстройства ведут к значительным психосоциальным нарушениям в виде трудовой дезадаптации, межличностных проблем и т.д.

Больные тревожными расстройствами часто обращаются в первичную медицинскую сеть, где их зачастую неверно диагностируют и неадекватно лечат, подкрепляя, а не устраняя тревожное состояние. Другим последствием такого лечения являются серьезные и неэффективные экономические затраты. Несвоевременное выявление тревожных расстройств способствует их хронификации, а также закреплению различных форм химической зависимости. Все это делает очень важной их своевременную и правильную диагностику.

До сих пор у российских теоретиков существует выраженная тенденция к включению тревожных расстройств в другие (депрессивные или навязчивые) в виде их частных проявлений. Отечественные практики, работающие в сфере психического здоровья, испытывают значительные трудности в переработке различных подходов и выработке позиций по отношению к данной категории расстройств, именно поэтому мы считаем необходимым достаточно подробно остановиться на истории и критериях их выделения.

Следует различать тревогу, тревожность и тревожные расстройства. Тревога – это одна из основных эмоций человека, которая носит предвосхищающий характер. Существует довольно много попыток разведения тревоги и страха по разным основаниям: страх – предметная эмоция, тревога – диффузная, беспредметная, страх – адаптивная эмоция, тревога – патологическая, страх – первичная, базовая эмоция, тревога – вторичное и более сложное, комплексное состояние, сочетающее разные эмоции. Однако, чаще страх и тревога используются как синонимы, при этом большинство авторов различают здоровую, адаптивную и патологическую тревогу. Адаптивная функция тревоги заключается в подготовке и общей мобилизации организма в ситуации опасности. В современной литературе выделяются два типа тревожности – тревожность как эмоциональное состояние (ситуативная тревожность) и тревожность как устойчивая черта личности (личностная тревожность).

В классификациях болезней разработаны вполне определенные критерии, позволяющие констатировать наличие тревожного расстройства, а не просто высокий уровень тревожности. В МКБ-10, принятой в нашей стране, тревожные расстройства подразделяются на:

агорафобию (страх толпы, публичных мест, открытых пространств, сопровождается выраженным поведением избегания, при попадании в избегаемую ситуацию отмечается рост тревоги с выраженными физиологическими коррелятами в виде головокружения, затрудненности дыхания, учащенного сердцебиения, дрожи в руках и ногах и т.п.); может быть с или без панических атак;

социальную фобию (страх социальных ситуаций, сопровождающийся поведением избегания последних и выраженными психологическими и соматическими симптомами тревоги при попадании в избегаемую ситуацию);

специфические (изолированные) фобии (страхи животных, птиц, насекомых, высоты, грома, полета, маленьких замкнутых пространств, вида крови, стоматологов, больниц);

паническое расстройство (спонтанные атаки страха, не связанные явно со специфическими ситуациями или предметами, сопровождаются резким подъемом тревоги и многочисленными соматическими симптомами); может быть умеренным или тяжелым;

генерализованное тревожное расстройство (генерализованная тревога в виде постоянного беспокойства по поводу самых

разных ситуаций и объектов, сопровождающегося постоянным ожиданием надвигающегося несчастья, выраженным напряжением и вегетативными симптомами, при отсутствии лечения развивается выраженное избегающее поведение);

6. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (совместная представленность симптомов тревожного расстройства и депрессии).

Диагностические критерии социальной фобии по МКБ-10

Социальные фобии часто начинаются в подростковом возрасте и сконцентрированы вокруг страха испытать внимание окружающих в сравнительно малых группах людей (в противоположность толпе), что приводит к избеганию общественных ситуаций. В отличие от большинства других фобий, социальные фобии социальные фобии одинаково часто встречаются у мужчин и у женщин. Они могут быть изолированными (например, ограничиваясь только стразом еды на людях, публичных выступлений или встреч с противоположным полом) или диффузными, включающими в себя все социальные ситуации вне семейного круга. Важным может быть страх рвоты в обществе, страх дефекации или мочеиспускания, покраснения. При этом пациент может считать это, а не социальные страхи своей основной проблемой. Социальные фобии обычно сочетаются с заниженной самооценкой и боязнью критики. Как правило, выражено избегание социальных контактов, что может приводить к полной социальной изоляции.

Для постановки достоверного диагноза должны быть удовлетворены все нижеперечисленные критерии:

1) психологические, поведенческие или вегетативные симптомы должны быть проявлением прежде всего тревоги, а не быть вторичными по отношению к другим симптомам, таким, как бред или навязчивые мысли;

2) тревога должна быть ограничена только или преимущественно определенными социальными ситуациями;

3) избегание фобических ситуаций должно быть выраженным признаком.

Часто выражены и агорофобия, и депрессивные расстройства, и они могут способствовать тому, что больной становится прикованным к дому. Если дифференциация социальной фобии и агорофобии представляет затруднения, агорофобию следует кодировать в первую очередь как основное расстройство. Не следует ставить диагноз «депрессия», если только не выявляется полный депрессивный синдром.

Социальная фобия манифестирует в обстоятельствах перемен в социальном статусе и сферах общения

Диагностические критерии панического расстройства по МКБ-10 (эпизодическая пароксизмальная тревога)

Основным признаком являются приступы тяжелой тревоги (паники), которые не ограничиваются определенной ситуацией и потому достаточно непредсказуемы. Характерны обильные вегетативные симптомы в виде сердцебиения, боли в груди, ощущения удушья, головокружения, чувства нереальности (дереализация и деперсонализация). Почти неизбежен также вторичный страх смерти, потери самоконтроля и сумасшествия.

Для постановки достоверного диагноза необходимо, чтобы несколько тяжелых атак с выраженной вегетативной симптоматикой возникали на протяжении месяца:

1) при обстоятельствах, не связанных с объективной угрозой;

2) атаки не должны быть ограничены известными или предсказуемыми ситуациями;

3) между атаками состояние должно быть сравнительно свободно от тревожных симптомов (хотя тревога предвосхищения паники является обычной).

Отмечается очень высокая коморбидность тревожных расстройств с депрессивными. Этим оправдано совместное рассмотрение психотерапии тревожных и депрессивных расстройств в рамках интегративной когнитивной модели, чему посвящен следующий раздел пособия.

Соматоформные расстройства

Феноменология, клинические критерии и эпидемиология соматоформных расстройств

Выделение соматоформных расстройств в качестве отдельной диагностической категории тесно связано с феноменом соматизации. Обобщая итоги дискуссий и обсуждений, известный американский эксперт в данной области Липовский определил соматизацию как склонность переживать психологический стресс на физиологическом уровне. Сходные определения предлагаются и другими авторами: «Выражение личного и социального дистрес-

са посредством телесных жалоб с поиском медицинской помощи», «Использование соматических симптомов для достижения психологических целей» [13].

Соматизация перекрывает различные клинические категории, представляя собой, таким образом, клинически неоднородное явление, и не может быть представлена в виде однородного патологического процесса.

В своем фудаментальном обзоре по соматизации американский эксперт по проблеме Р. Келнер отождествляет соматизацию с функциональными соматическими симптомами и, обобщая разные точки зрения, дает ей следующее определение: «Соматизация означает один или несколько соматических симптомов, таких, как усталость, гастероинтеральные или уринальные боли, для которых при соответствующих обследованиях либо не находят никакой органической основы (в виде соматического расстройства или последствия травмы), либо физические жалобы и связанные с ними социальные и профессиональные ограничения сильно преувеличины в сравнении с выявляемой органической патологией».

Вместе с тем вышеприведенные обзоры и определения свидетельствует, что в науке явно намечается консенсус относительно того, что подразумевать под соматизацией.

В 80-е годы специалисты выделили три наиболее часто употребляемых в настоящее время понимания соматизации.

1. «Первичная» соматизация, или соматизация в узком вышеупомянутом смысле этого слова, как функциональное или так называемое **соматоформное расстройство**. Главный критерий — присутствие телесных симптомов и озабоченность ими. Для постановки диагноза соматоформного расстройства из 37 наиболее типичных соматических проявлений по DSM-III должны присутствовать по крайней мере 4 симптома у мужчин и 6 симптомов у женщин. При этом систематическое исследование каждого симптома не должно выявлять явной органической этиологии этих симптомов.

2. Соматизация как «сопутствующее» вторичное расстройство. **Соматизация, или соматоформное расстройство**, связанное с шизофренией, аффективными и тревожными расстройствами.

3. **Соматизация как «маскированное» расстройство**, когда при жалобах на соматические симптомы имеются явные указания на высокую вероятность депрессивного расстройства (например, указания в виде биологических — семейных, генетических предпосылок). Тогда предлагается говорить о скрытой депрессии или депрессивном «эквиваленте».

Наряду с тенденцией сужения понятия соматизации до группы соматоформных расстройств существует тенденция к их расширительной трактовке. Согласно последней точке зрения «пациент-соматайзер» – это любой пациент, предъявляющий соматические симптомы, не находящие подтверждения и объяснения с позиций общей медицины.

Обобщая данные различных исследований, Келнер отмечает, что цифры распространенности соматизации а первичной медицинской сети колеблятся от 10 до 30%. Такие различия, по его мнению, связаны с различными диагностическими критериями соматизации. По данным Эскобара с соавторами, распространенность множественных хронических функциональных соматических симптомов среди населения превышает 4%.

Обратимся к группе расстройств, объединенных общим названием «соматоформные расстройства». Как уже упоминалось, именно в этом кластере сконцентрированы те нарушения, к которым в современной медицине применяется термин «соматизация» в узком смысле этого слова, т.е. в смысле телесных симптомов без органической причины.

«В противоположность многим другим психическим расстройствам, соматоформные расстройства долгое время оставались малоизученной «целиной». В этом нет ничего удивительного, так как эти расстройства концентрируются прежде всего в общей медицине. Понятие «соматоформные расстройства» было введено в качестве сомастоятельной клинической группы лишь в 1980 г. в результате 3-го пересмотра американской диагностической системы. Выделение этих расстройств в отдельную диагностическую группу можно связать с более тесным взаимодействием между психиатрией и общей медициной, а также эпедимиологическим ростом так называемых трудных больных или больных с телесными симптомами, но без объясняющего их соматического диагноза.

Соматорфмные расстройства не являются гомогенной диагностической группой. Разнообразие симптоматики у различных больных может быть очень значительным. Можно выделить полисимптоматические и моносимптоматические нарушения. В первом случае речь идет о разнообразных и изменяющихся с течением времени жалобах, когда в центр выдвигается предполагаемая дисфункция то одной, то другой системы. Во втором случае, напротив, жалобы ограничены по числу, относятся к одной системе и достаточно устойчивы во времени. И в том и в другом случае важным дополнительным диагностическим признаком является ложная интерпретация этого состояния как серьезной или даже смертельной болезни.

В международной классификации 10-го пересмотра соматоформные расстройства включены в главу F-4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства». К поли-

симптоматическим относятся **соматизированное расстройство** (жалобы носят множественный и относительно изменчивый характер, зачастую предъявляются напористо и драматически, сопряжены с нарушениями семейного и социального функционирования), **недифференцированное соматоформное расстройство** (жалобы также множественны и варьируют, но нет типичного для соматизированного расстройства драматического эмоционального фона) и **автономная вегетативная дисфункция** (жалобы предъявляются больным таким образом, будто они обусловлены расстройством системы или органа, находящегося под значительным влиянием вегетативной нервной системы, т.е. сердечно-сосудистой, дыхательной и т.д.). Соматизированное расстройство, впервые введенное в классификации DSM-III в 1980 г., представляет собой фактически несколько видоизмененный синдром Брике, описанный С. Гуце в 60-х годах на основе работ известного французского психиатра и исследователя истерии Брике. Одна из причин таких изменений заключается в стремлении составителей классификации бороться со стигматизацией и избавиться от негативно окрашенного контекста понятия «истерия». Диагноз «соматоформная вегетативная дисфункция» в МКБ-10 является соподчиненным по отношению к соматизированному расстройству, так как последнее не может быть поставлено, если в клинической картине выраженно доминируют вегетативные симптомы. В американской же классификации последнего пересмотра этот диагноз отсутствует вообще.

К моносимптоматическим относится прежде всего **хроническое соматоформное болевое расстройство,** которое выражается в устойчивых жалобах на тот или иной болевой синдром. Классическое психиатрическое конверсионное расстройство (обычно моносимптоматическое и выражающееся в неврологических признаках) в МКБ-10 вынесено за пределы группы соматоформных расстройств, в то время как в американской классификации оно находится внутри этой группы на основании ее центрального признака – соматически необъяснимых телесных симптомов.

В рамках группы соматоформных расстройств в обеих классификациях помещено давно известное в психиатрии **ипохондрическое расстройство**, где главным признаком является сильный и устойчивый страх тяжелого или даже смертельного заболевания. В МКБ-10 в подгруппу ипохондрических синдромов включено **дисморфофобическое расстройство**, которое в американской классификации выделено в самостоятельное внутри группы соматоформных расстройств. Как ипохондрическое, так и дисморфофобическое расстройство занимает фактически промежуточное положение между тревожными и соматоформными расстройствами.

Как видно, понятие «соматизация» и связанное с ним понятие соматоформных расстройств имеют сложную историю. Одни и те же феномены в истории медицины получали разные названия и имели разную концептуализацию. Важно помнить, что многие принятые прежде в среде медиков обозначения фактически соответствуют современному понятию «соматоформное расстройство»: функциональные нарушения, психовегетативный синдром, психовегетативная лабильность, психосоматические нарушения, «globus hystericus», соматизированная, или ларвированная, депрессия, вегетативная дистония, синдром хронической усталости, предменструальный синдром.

В отечественной медицине самым распространенным аналогом соматоформного расстройства является, пожалуй, вегетососудистая дистония. Врачи общей практики крайне злоупотребляют этим диагнозом в затруднительных случаях, что нередко ведет к ятрогениям, фиксации на болезни и неправильному лечению.

Диагноз соматоформного расстройства может быть поставлен только в том случае, если наряду с соматическими жалобами имеет место социальная, профессиональная или семейная дезадаптация и если человек испытывает субъективные страдания. Основная дифференциальная диагностика касается депрессивных, тревожных, личностных, а иногда и психотических расстройств. Наибольшие трудности связаны с дифференциальной диагностикой с тревожными и депрессивными расстройствами. Следует отметить. что эти трудности во многом обусловлены недостаточностью проработанности концепции соматоформных расстройств и их границ с вышеупомянутыми аффективными расстройствами.

Остановимся подробнее на дифференциальной диагностике с депрессивными расстройствами, так как в отечественной традиции концепция соматизированной депрессии продолжает оставаться чрезвычайно популярной и ведет к гипердиагностике депрессий при явной недооценке соматоформных расстройств, на значительную распространенность которых указывает ряд зарубежных эпидемиологических исследований.

Концепция ларвированной, или соматизированной, депрессии в ее оригинальном западном варианте покоится на предположении, что соматические симптомы являются не более чем защитой от аффекта, который не допускается в сознание. То есть соматизированная депрессия представляет собой своего рода подавленную, вытесненную депрессию, проявляющуюся через соматические симптомы в том числе и потому, что, согласно социокультурным нормам, соматические симптомы встречают большее сочувствие и более серьезное отношение, чем психические нарушения (феномен так называемой «вторичной выгодности симптома»).

Тем не менее концепция соматизированной депрессии никогда не была настолько убедительно обоснована, чтобы ее признало большинство научного сообщества.

Необходимость диагноза «соматизированная депрессия» сама собой отпала благодаря возможности двойного диагноза: депрессия и соматоформное расстройство. Соматоформное расстройство может предшествовать депрессии и наоборот. Коморбидность депрессивных и соматоформных расстройств очень высока: около 50% больных соматоформными расстройствами страдают большой депрессией и около 30% — дистимией.

Дифференциальный диагноз с тревожными расстройствами нередко представляет большие трудности, так как тревога за здоровье – один из центральных симптомов соматоформных больных. Важнейшим дифференциальным признаком является непосредственная связь между пугающей ситуацией и возникновением телесных симптомов при тревожных расстройствах. Эта связь наиболее очевидна при фобиях и панических атаках. Наибольшие трудности представляет дифференциация соматоформных расстройств с генерализофанной тревогой. Фокус соматоформных расстройств — телесные нарушения, в то время как при генерализованной тревоге в центре оказываются аффективные компоненты и жалобы на тревогу являются центральными. Тем не менее в затруднительных случаях в современной диагностической системе всегда возможна и двойная диагностика.

Немецкие эксперты в данной области Риф и Хилер приводят следующее распределение частоты коморбидных тревожных расстройств: генерализованное тревожное расстройство – от 33 до 54%, социальная фобия — от 31 до 40%. панические атаки – от 20 до 34%, специфическая фобия – от 18 до 34%, обсессивно-компульсивное расстройство – 16—23%, агорофобия без панических атак – от 3 до 5% . Дополнительно приводятся данные о 16—26% страдающих алкогольной зависимостью и 5—9% — химической зависимостью. Ипохондрия особенно часто сочетается с различными тревожными расстройствами (свыше 80% пациентов, стадающих ипохондрией, одновременно страдают каким-то тревожным расстройством и лишь 55% – депрессивным).

Дифференциальный диагноз с личностными расстройствами основан на степени включенности соматических симптомов в давно (с детства или ранней юности) существующие личностные изменения, соответствующие известным личностным расстройствам. Соматоформное расстройство, как правило, развивается на фоне уже сформированного личностного расстройства. Исторически дифференциальный диагноз между истерией (современными соматизированным и конверсионным расстройством) и истерической личностью (сегодня обозначаемой как гистрионная) относился к центральным проблемам дифференциальной диагностики.

Согласно МКБ-10 и DSM-IY, истерическая личность характеризуется чрезмерной эмоциональностью, требовательностью и тенденцией к театральности и драматизации в человеческих контактах. Когда соматоформное расстройство развивается у истерической личности, оно сопровождается ярким аффектом и зачастую театральностью предъявления жалоб. В случае наличия как гистрионного, так и соматоформного расстройства ставится двойной диагноз.

Дифференциальный диагноз с психотическим расстройством чаще всего возникает при ипохондрии и вычурности соматических жалоб. Необходимо выявление других признаков, позволяющих диагностировать соматические ощущения как галлюцинации, а страх тяжелого заболевания — как бредовую идею. Вычурные жалобы больных с истерической акцентуацией нередко представляют трудности для дифференциальной диагностики. Этим можно отчасти объяснить то, что первые выходы отчественных психиатров сопровождались явной гипердиагностикой шизофрении. Тем не менее, согласно МКБ-10, соматоформное расстройство может быть поставлено как дополнительный диагноз к шизофрении, если соматические ощущения не носят характера галлюцинаций и у больного нет ипохондрического бреда.

Наконец, следует дифференцировать соматоформные расстройства от так называемых классических психосоматических расстройств (типа астмы, нейродермита. язвенной болезни) и других заболеваний, в этиологии которых могут играть существенную роль психологические факторы (мигрень, сердечно-сосудистые заболевания, рак, диабет). В случае этих, так называемых психосоматических, заболеваний речь идет о реальном соматическом расстройстве. Однако и при реальном психосоматическом расстройстве может иметь место соматоформное расстройство в качестве второго диагноза, когда жалобы не пропорциональны выявляемым органическим нарушениям и имеет место упорный поиск медицинских обследований и помощи. Конечно, постановка такого двойного диагноза требует большой осторожности и тщательного обследования на предмет возможной соматической патологии. Эти случаи являются особенно трудными для диагностики и чаще всего не диагностируются как психическое коморбидное соматоформное расстройство.

Соматоформные расстройства относят к психическим нарушениям, наиболее распространенным среди населения. Однако,

поскольку чаще всего эти больные остаются в поле зрения врачей общей практики, недостаточно знакомых с психиатрией, они не выявляются в качестве соматоформных и не получают соответствующего лечения. Кроме того, имеются все основания полагать, что эти больные часто обращаются к альтернативной медицине (гомеопатия, акапунктура, фитотерапия) или же к так называемым экстрасенсам.

По данным эпидемиологов, множественное соматизированное расстройство отмечается у 5—11% населения. Относительно других подгрупп соматоформных расстройств надежные эпидемиологические данные фактически отсутствуют. Имеются лишь указания на очень незначительное распространение конверсионных расстройств (около 0,03%) и на довольно широкое распространение соматоформного болевого расстройства.

В общемедицинской практике по разным данным наличие соматоформных расстройств оценивается как достаточно высокое – около 20%. При этом следует учесть, что без выявления и при обычном лечении они обходятся медицине в 6—14 раз дороже средней суммы, затрачиваемой на лечение человека в западной популяции.

Глава 2 Общая характеристика когнитивной психотерапии как эффективного метода помощи при эмоциональных расстройствах

Общая характеристика подхода

Когнитивная психотерапия (КТ) представляет собой в настоящее время широко распространенный метод лечения различных психопатологических расстройств. Основные идеи когнитивного подхода были сформулированы в начале 60-х годов в США «диссидентами» от психоанализа Альбертом Эллисом и Ароном Беком. Дальнейшее развитие эти идеи получили в рамках бихевиоризма, значительно изменив последний, что в итоге привело к конвергенции двух подходов. Признав важность внутренних (когнитивных) процессов, наряду с внешне реализуемым поведением, бихевиоральные психотерапевты сделали их одной из основных мишеней воздействия, что позволило дать старому подходу новое название «когнитивно-бихевиорального».

В настоящее время когнитивный подход значительно расширил свою географию и масштаб: исследовательские центры и центры активного обучения когнитивной терапии созданы не только в Америке, но и в Европе (Швеции, Великобритании, Германии), издано множество специальных монографий и сборников, проводятся международные конференции и симпозиумы.

В целом КТ — это директивный, структурированный и ориентированный на мишени подход, в основе которого лежит когнитивная модель различных расстройств или дис-

функционального поведения. На основе этой модели КТ интегрирует множество различных техник, как оригинальных, так и заимствованных из других психотерапевтических систем — гештальттерапии, психодрамы, бихевиоральной и клиент-центрированной терапии. Однако, согласно мнению А. Бека, конечная цель всех процедур, используемых в КТ, заключается в «модификации дисфункциональных убеждений и ошибочных способов переработки информации». Отличительная особенность КТ заключается в тщательной экспериментальной проверке всех теоретических построений, лежащих в основе терапевтических принципов, и кропотливых оценках ее эффективности.

К созданию новой психотерапевтической системы и отходу от психоанализа А. Бека привело разочарование в традиционных видах психологической помощи депрессивным больным: «В разные периоды работы я применял к больным депрессией большинство подходов, описанных в современной литературе. Казалось, что отдельные методы иногда помогают, иногда дают обратный эффект. Я открыто выражал тепло и симпатию, вызывал открытое проявление гнева, поощрял пациентов интенсивно выражать чувства вины и печали, интерпретировал их «потребность в страдании», пытался повысить их самопринятие. Однако беседа о том, насколько беспомощен и жалок пациент, и побуждение его к открытому проявлению гнева зачастую лишь усугубляли депрессивное состояние, а повысившееся в результате терапии принятие уничижительного образа-Я и пессимизм просто усиливали печаль, пассивность и самообвинения». Эти неудачи послужили импульсом к многолетним творческим поискам в изучении и лечении эмоциональных расстройств, созданию оригинальной когнитивной модели этой патологии и специальных высокоэффективных техник психотерапии.

Таким образом, изначально КТ представляла собой краткосрочный подход к лечению депрессий, в котором были скомбинированы когнитивные и бихевиоральные техники. Именно этим объясняются бытующие сейчас заблуждения относительно данного подхода как об исключительно краткосрочном варианте психотерапии, предназначенном исключительно для эмоциональных расстройств. В настоящее время область применения КТ значительно расширилась: когнитивные психотерапевты эффективно работают с целым спектром психопатологических расстройств и психологических проблем — депрессиями различной нозологии, тревожными расстройствами (фобиями, паническими расстройствами, генерализованной тревогой), расстройствами питания, ипохондрией, личностными расстройствами, шизофренией, ПТСР, семейными дисфункциями, психологическими проблемами спортсменов и т.д. КТ применяется в различных условиях (амбулаторных и клинических) и формах (индивидуальной, групповой, супружеской, семейной). КТ используется как в краткосрочном варианте (например, 15—20 сеансов при лечении тревожных расстройств), так и в долгосрочном (1—2 года в случае личностных расстройств).

Особенно высокая эффективность данного подхода в терапии эмоциональных расстройств, заболеваемость которыми, по данным эпидемиологов, значительно возросла (что косвенно подтверждается расширением соответствующих кластеров в современных классификациях ICD-10, DSM-IVr), делает его методом первого выбора при психотерапевтическом лечении упомянутых расстройств.

Основоположники КТ признавали сложную биопсихосоциальную детерминацию психических расстройств. Однако в системе психологических факторов когнитивная модель психических расстройств отводит центральную роль процессам переработки информации: то, как люди думают, определяет, что они чувствуют и как они действуют. С этой точки зрения, патологические эмоциональные состояния и дисфункциональное поведение есть результат «неадаптивных» когнитивных процессов.

К философским основаниям КТ следует отнести следующие учения: а) учение философов поздней Стои (Эпиктета, Сенеки, Цицерона) о роли субъективного мнения и суждений разума в возникновении душевного дискомфорта и тоски — «Все зависит от субъективного мнения... Мы страдаем благодаря нашим мнениям...» (из письма Сенеки Луцилию, цит. по: C.Perris); б) дедуктивную технику ведения диалога, развитую Сократом; в) учение об ограниченности человеческого разума и свойственных ему искажениях Ф. Бэкона; г) рационалистское учение Спинозы об эмоциях как производных мышления и возможности изменить чувство, видоизменив сопряженное с ним убеждение.

В психологических основаниях КТ следует выделить теории переработки информации человеком, подчеркнув особое место когнитивных теорий эмоций Шехтера и Лазаруса, которые показали роль когнитивных переменных в возникновении эмоций разного знака и модальностей.

Однако не следует полагать, что когнитивный подход развивает культ «рационализма» и относит к адаптированным только тех людей, которые мыслят рационально, логично и разделяют общепринятые взгляды. Иррациональные мысли и фантазии с идеосинкретическим, т.е. сугубо личностным,

не совпадающим со мнением окружающих, имеют место у большинства людей. По мнению ближайшей сотрудницы А. Бека — М. Ковак, термин «неадаптивные» применим только к тем идеаторным процессам, «которые несовместимы со способностью справляться с жизнью, нарушают внутреннюю гармонию и продуцируют неадекватную, чрезмерно интенсивную и болезненную эмоциональную реакцию». Более того, в современных вариантах КТ оспаривается центральная роль когнитивных процессов при вторичности эмоциональных и выдвигается тезис об их симультанности. Для практики принципиально важным остается следующее положение: порочный круг негативных эмоций, неадаптивных мыслительных процессов и дисфункционального поведения может быть разомкнут в когнитивном звене. Таким образом, изменение восприятия и мышления влечет за собой модификацию болезненных переживаний и поведенческих реакций.

Практика КТ требует от психотерапевта знаний о феноменологии когнитивных процессов при различных психических расстройствах. К наиболее разработанным следует отнести когнитивные модели депрессий и тревожных расстройств (фобий, панических расстройств и генерализованной тревоги). В ходе дальнейшего изложения мы будем в основном опираться на именно на эти модели.

Итак, когнитивная модель любого расстройства предполагает наличие трех основных параметров:

- когнитивных элементов;
- когнитивных процессов;
- когнитивного содержания.

В процессе когнитивной терапии специалисты имеют дело с когнитивными элементами двух уровней: а) так называемые «автоматическими» образами и мыслями, связанными с переработкой текущей информацией и являющимися реакцией на происходящее в настоящий момент; б) базисными посылками, представляющими собой систему глубинных представлений индивида о себе и об окружающем мире, в которой фиксирован его прошлый опыт.

Рассмотрим когнитивные элементы первого, поверхностного, уровня — ситуативно отнесенные мысли и образы, получившие название «автоматических». Данное название отражает основную характеристику этих способов переработки информации — их рефлекторность, непроизвольность, быстротечность и бессознательность. При этом способе человек не выбирает информацию для размышлений, а сосредоточивается на ней непроизвольно. Эти мысли резко отличаются от осознанных, при которых сохраняется известный контроль над предметом и логикой размышлений. Тем не менее субъективно они переживаются как вполне правдоподобные, и их валидность внутренне не оспаривается. Эта особенность делает, по мнению Бека, эти мысли «похожими на слова, произносимые родителями очень доверчивым детям». У большинства людей ежедневно отмечаются комбинации контролируемых и автоматических процессов. В случае эмоциональных расстройств доминируют автоматические процессы со специфичным содержанием. Так, больной реактивной депрессией после смерти жены может быть одолеваем мыслями типа «Я не могу жить без нее» или «Я больше никогда и ни в чем не найду радости». Студента с экзаменационной тревогой в ситуации подготовки к тесту одолевает мысль «если я провалюсь, мне придет конец»; пациента с социальной фобией в ситуациях межличностных контактов — мысли о возможном отвержении со стороны других людей. Автоматические мысли такого рода непосредственно ведут к эмоциональным и поведенческим реакциям. Степень неадаптивности этих реакций пропорциональна степени мыслительных искажений или преувеличений. Так, в уже приводившемся примере с экзаменационным стрессом в результате наплывов автоматических мыслей студент может испытать мощный приступ тревоги, беспомощности и отчаяния, отказаться от прохождения экзамена и принять решение уйти из института.

Неадаптивность автоматических мыслей, искажения или преувеличения в оценках внешней ситуации, содержащиеся в них, объясняются дисфункциональностью лежащих в их основе базисных посылок или схем. Базисные убеждения — это система глубинных установок человека по отношению к самому себе, миру и людям, задающая основу для переработки текущей информации и стратегии решения проблем. Базисные убеждения (когнитивные схемы) представляют собой жизненную философию человека, в которой фиксирован весь его жизненный опыт; особую роль здесь играют детские впечатления и воздействия семьи. Лица с психическими расстройствами имеют дисфункциональные схемы, которые заставляют их искаженно воспринимать и оценивать текущие ситуации и, соответственно, испытывать отрицательные эмоции и неадаптивно действовать. Например, одна из молоденьких пациенток д-ра Бека не дождалась вечернего звонка от своего приятеля. Ожидание вызвало тоскливое состояние, при котором больной удалось уловить автоматические мысли: «Он не позвонил сегодня вечером... Он вообще не хочет меня видеть». Это умозаключение было явно ошибочным, так как не основывалось на фактах.

Оно также было неадаптивным, так как вело к усилению дисфории, суицидальным мыслям и сниженной активности в течение вечера. Такая интерпретация случившегося была естественным следствием базисной посылки пациентки: «Если я не важна для каждого, мне не следует продолжать жить». «Быть важной для другого» означало для пациентки быть предметом постоянного внимания людей; предполагалось, что они должны ее постоянно навещать, заботиться о ней и с готовностью выполнять все обещания.

Задача по изменению этих элементов очень непроста, так как базисные убеждения отличаются большой стабильностью. Диктуя человеку определенные способы поведения, они вновь и вновь подкрепляются его результатами. Например, базисное убеждение типа «меня никто не любит» делает человека чрезмерно чувствительным к проявлениям любви или отвержения со стороны других, зачастую заставляет «вымогать» знаки признания. Это может вызывать раздражение у людей и желание отдалиться, что подтверждает исходную схему.

Связующими звеньями между базисными посылками и автоматическими мыслями являются когнитивные процессы. Их функция — обеспечивать соответствие вновь поступающей информации старым стабильным представлениям. Поэтому когнитивные процессы при различных расстройствах изобилуют искажениями. А. Бек составил типологию алогизмов при депрессиях. Однако, как показали дальнейшие исследования, эти виды мыслительных ошибок отмечаются и при других расстройствах — тревожных, нарушениях пищевого поведения, личностных расстройствах. Перечислим основные виды алогизмов, содержащихся в автоматических мыслях:

1. Произвольное умозаключение — это извлечение выводов в отсутствие подтверждающих данных или в явном противоречии с фактами. Например, мысли об опасном заболевании у ипохондрика, только что прошедшего очередное обследование, не выявившее никакой патологии. Или мысли молоденькой девушки, не дождавшейся обычного звонка от приятеля: «Он не позвонил сегодня вечером... Значит, вообще не хочет меня видеть».

2. Селективное абстрагирование — акцентирование одних элементов ситуации, которые наиболее созвучны взгляду пациента на мир, при игнорировании других ее аспектов. Так, в своих воспоминаниях о прошлом и размышлениях о настоящем депрессивные больные упорно селектируют информацию с негативной эмоциональной окраской и игнорируют положительную. Больные агорафобией систематически выделяют информацию о несчастных случаях, происшедших в общественных местах, а больные, страдающие социофобией, селектируют факты, свидетельствующие о якобы «пренебрежительном отношении окружающих». Например, пациентка интерпретирует не сказанное ее начальником «Здравствуйте» как зловещий признак его нерасположенности, игнорируя при этом весь предшествующий опыт положительных взаимоотношений, факт его занятости и озабоченности конфликтом с вышестоящим начальством. Результатом этого «излюбленного» депрессивными больными способа переработки информации является сверхобобщение. Например, опыт единичной неудачи в отношениях трансформируется в ощущение своей тотальной неспособности вызвать симпатию.

3. Поляризованное (или «черно-белое») мышление — рассуждения в полюсах, без градуальности. Как показал контент-анализ речи депрессивных больных, их высказывания изобилуют клише типа «всегда — никогда», «прекрасный — ужасный», «всё — ничего». Больные с нарушениями пищевого поведения в суждениях о внешности придерживаются жестких дихотомических оценок типа «стройный — безобразно толстый». Больные тревожными расстройствами ипохондрического содержания придерживаются недифференцированных представлений о здоровье типа «100% здоров — смертельно болен».

4. Персонификация — склонность относить к себе личностно нейтральные события, естественно, при отсутствии или недостатке подтверждающих фактов. Так, абсолютно безобидные, нейтральные высказывания других людей депрессивные пациенты с уязвимой самооценкой или пациенты с социальной фобией могут отнести на свой счет, усмотрев в них критику и пренебрежение.

5. Максимизация — минимизация — преуменьшение или преувеличение важности событий. Например, депрессивные больные обесценивают (сводят к минимуму) собственный положительный опыт и резко преувеличивают опыт неудач. Эта особенность ярко проявляется также в депрессивном атрибутивном стиле: в суждениях о причинах собственного успеха больные преувеличивают роль внешних факторов (везения, помощи других людей и т.д.), при этом резко недооценивая собственный вклад. Причины неуспеха приписываются преимущественно собственным качествам (например, недостатку способностей). Больные агорафобией с паническими атаками резко переоценивают опасность внешней ситуации (например, пребывания в общественном транспорте) и недооценивают как опыт благополучного преодоления этих ситуаций, так и собственные возможности совладать с трудностями.

Когнитивные элементы (автоматические мысли, дисфункциональные базисные посылки и схемы) и когнитивные операции объединены когнитивным содержанием со специфичной для каждого расстройства тематикой. Вопреки утверждению многих больных о том, что их тяжелые эмоциональные состояния беспричинны (как при синдроме генерализованной тревоги или некоторых вариантах депрессии), специальные процедуры в каждом случае позволяют выявить определенное предметное содержание переживаний.

Основные принципы и техники когнитивной психотерапии

В первой части главы были описаны два уровня когнитивной модели различных расстройств — автоматические мысли и базисные убеждения; когнитивные процессы обеспечивают связь между ними. Схема терапевтического процесса, соответственно, также предполагает два этапа. Первый, симптоматически ориентированный, этап предполагает работу с автоматическими мыслями (и связанными с ними эмоциональными и поведенческими реакциями), второй нацелен на проработку глубинных источников расстройств. Такая структура терапевтического процесса делает КТ удобной основой для интеграции симптоматическиориентированных и глубинных психотерапевтических подходов и позволяет назвать ее «мостом от бихевиоризма к психоанализу».

Основные этапы работы с автоматическими мыслями

№ п/п	Этапы и соответствующие ключевые вопросы	Техники и приемы
1	**Выявление и фиксация** *Ключевой вопрос:* Что промелькнуло в вашей голове в этот момент? Дополнительные вопросы: Как вам кажется, о чем вы думали? Возможно ли, что вы думали то-то и то-то или вот это (в соответствии с догадкой терапевта)? Возможно ли, что вы думали то-то и то-то (вопреки догадке терапевта)? Что эта ситуация означает для вас?	**Техники «заполнения пробела»:** а) уровень воображения — когнитивная репетиция; б) in vitro (разыгрывание, гештальт с пустым стулом, дублирование); в) in vivo (самонаблюдение in vivo с фокусировкой на мыслях и регистрацией их в дневнике)
2	**Оценка автоматических мыслей** *Ключевые вопросы:* Каковы доказательства? Приведите аргументы «за» и «против». Существует ли альтернативный взгляд на происходящее? Что бы я сказал другу, если бы он был в подобной ситуации (или что бы мог вам сказать ваш друг)?	**Техники проверки мыслей как гипотез:** а) эмпирическая — проведение различных экспериментов in vitro и in vivo с последующим записыванием выводов. Совместный анализ и регистрация прошлого и настоящего опыта, противоречащего этим мыслям; б) логическая — оценка «за» и «против» путем подбора фактов, подтверждающих или опровергающих суждения, поиск альтернативных интерпретаций, выявление искажений логики, их маркировка в дневнике и разговоре (введение континуума вместо крайностей при поляризации, реатрибуция неадекватной персонализации, оценка вероятностей и парадоксальное преувеличение при катастрофизации и т.д.), сократический диалог
3	**Изменение через конфронтацию** *Ключевой вопрос:* Каковы последствия моей убежденности в правильности этих мыслей? Что произойдет, если я изменю свое видение?	**Техники логической и эмпирической конфронтации:** а) эмпирическая — регулярное действие вопреки АМ с последующей переоценкой мыслей — десенситизация, использование совладающих карточек; б) логическая — анализ последствий, «up dog», внутренний совладающий диалог, отработка навыка формулирования противоположного взгляда, сократический диалог

Этап работы с убеждениями

№ п/п	Этапы и работы с убеждениями Ключевые вопросы	Техники и приемы
1	**Выявление и фиксация** *Ключевой вопрос:* Что эта ситуация значит для вас?	1. Техника «пущенной вниз стрелы» — выявление обобщенного смысла автоматических мыслей и поведения. 2. Совместное с клиентом заполнение диаграмм на основе анализа дневниковых записей. 3. Обучение последующей маркировке реакций в соответствии с этим убеждением. 4. Составление списка собственных дисфункциональных убеждений
2	**Оценка убеждений** *Ключевые вопросы:* Каковы доказательства? (Аргументы «за» и «против») Существует ли альтернативный взгляд? Есть ли у вас друзья, живущие вопреки этому убеждению, и что вы можете о них сказать? (Примеры из жизни других людей)	**Техники проверки убеждения как гипотезы:** Эмпирическая проверка через предупреждение реакции, принцип «делай то, что трудно» с последующим анализом. Анализ жизненного опыта других людей; логическая проверка — отыскание «за» и «против» этого убеждения, сократический диалог, вскрытие источников в детстве и оценка относительно настоящего, вскрытие порочного круга самосбывающегося пророчества
3	**Изменение через конфронтацию** *Ключевой вопрос:* Каковы последствия моей убежденности? Что произойдет, если я изменю свое видение?	Действие вопреки убеждению и фиксация выводов. Целенаправленная выработка альтернативных убеждений; целенаправленный подбор фактов под новые адаптивные убеждения — выписывание на соответствующем листе; овладение навыком совладающего диалога

Первый этап начинается с представления модели терапии пациенту. Эта задача предполагает знакомство пациента с основами эпистемологии — сведениями об ограниченности, а зачастую и искаженности знания, поставляемого психическими процессами человека (памятью, восприятием, мышлением), о тесной связи между мыслью, с одной стороны, и чувством и действием, с другой. В случае эмоциональных расстройств терапевт информирует пациента о «порочных кругах» тревоги (неадаптивные когнитивные процессы — тревога — физиологические сдвиги — мысль и т.д.) или депрессии (неадаптивные представления о себе, мире и будущем — тоскливый аффект — пассивность — снижение самоуважения и т.д.). Цель этого знакомства заключается в подведении пациента к мысли о том, что его представления о реальности (а именно с ними сопряжены эмоциональный дискомфорт и дисфункциональное поведение) есть не сама реальность, а лишь гипотетическое представление о ней, нуждающееся в проверке, а в ряде случаев и в изменении.

Рабочий альянс терапевта и пациента в КТ имеет свою специфику, которую А. Бек определял как «эмпирическое сотрудничество». Предполагается, что пациент и терапевт работают вместе над представлением идей пациента в форме гипотез, проверкой их валидности и поиском альтернативы в тех случаях, когда они эмпирически не подтверждаются. От пациента ожидается, что он обучится мастерству фокусировки автоматических мыслей, соотносимых с разным эмоциональным опытом, распознаванию дисфункциональных базисных убеждений и конфронтации с ними. Эта задача требует от пациента определенных рефлексивных способностей, критичности (сохранной способности улавливать различия между внешней реальностью и психическим феноменом). Пациенты в остром психотическом состоянии, как правило, не соответствуют этому требованию. КТ предполагает искренность, теплоту и аутентичность поведения терапевта, а также высокую степень его активности и директивности. КТ предполагает способность терапевта концептуализировать случай в когнитивных терминах (что делает возможными когнитивные интервенции), а также владение техниками сократического диалога.

Каждый сеанс в КТ разворачивается по плану: выяснение чувств и мыслей пациента после прошлого занятия, обзор домашних заданий, совместная выработка темы настоящего сеанса, предписание домашних заданий, краткое резюме проделанной сегодня работы. Однако когнитивный терапевт не всегда следует данному образцу и, принимая во внимание происходящее на сеансе, готов отойти от плана и работать по принципу «здесь и теперь».

Основная задача, реализующаяся в ходе первого этапа КТ, — это обучение пациента навыкам осознавания автоматических мыслей, их систематической регистрации и конфронтации с ними. Рассмотрим основные принципы и приемы, использующиеся при решении этой задачи.

1. *Принцип «заполнения пробела»*. Основная процедура, помогающая пациенту выявить автоматические мысли, заключается в установлении последовательности внешних событий и субъек-

тивных реакций на них. Клиенту дается примерно следующая инструкция: «Обычно между конкретной внешней ситуацией и эмоциональной реакцией на нее (например, «беспричинным» расстройством) существует промежуток — так называемый «пробел», во время которого обязательно имеют место некоторые мысли, называющиеся автоматическими. Они непроизвольны, бессвязны, мелькают в голове с очень высокой скоростью. Однако они потенциально осознаваемы, и для понимания ваших реакций очень важно научиться их улавливать». Вопросы, помогающие пациенту улавливать эти когнитивные процессы, приведены в таблицах на с. 31—32.

Например, пациент уловил связь между встречей с прежним другом и переживанием печали, при этом он сумел медленно воспроизвести в уме событие и затем успешно воспроизвести мысли, имевшие место в промежутке: «Если я его поприветствую, он может не вспомнить и отбрить меня. Ведь между нами давно нет ничего общего, он достиг так многого. Теперь не прежние времена!» Другой пациент рассказал о том, что ощутил острую, на первый взгляд необъяснимую тревогу после сообщения о гибели друга в автомобильной катастрофе. Он смог заполнить «пробел», когда припомнил, что вообразил себя жертвой происшествия.

В тех случаях, когда пациент не может самостоятельно отрефлексировать автоматические мысли в проблемных ситуациях, используются следующие основные процедуры «заполнения пробела»:

а) когнитивная репетиция (погружение in vitro — вариант техники воображения), которая предполагает пошаговое воспроизведение эмоциогенной ситуации в воображении с одновременным самонаблюдением за мелькающими в голове мыслями. При этом проговариваются вслух как события, так и сопутствующие им автоматические мысли. Основная задача когнитивной репетиции — стимулировать клиента к «размышлениям вслух». Полученная продукция регистрируется в специальном дневнике;

б) погружение in vivo и дневниковая регистрация. После информирования о свойствах автоматических мыслей и знакомства с принципом «заполнения пробела» клиенту дается домашнее задание на самонаблюдение в эмоциогенных ситуациях. Например, пациента с агорофобией просят наблюдать за мыслями, приходящими в голову, в толпе, транспорте и т.д. Возможно также совместное с психотерапевтом выполнение этого задания, при этом пациента просят проговаривать все впечатления вслух. Клиенту, постоянно откладывающему выполнение важных дел, дается инструкция на самонаблюдение при очередных попытках приступить к какому-либо делу. Больной булимией дается задание на регистрацию мыслей, предшествующих и сопутствующих приступу обжорства. Результаты самонаблюдения заносят в специальный дневник, ведущийся в форме трех колонок — «внешняя ситуация», «чувство», «автоматические мысли». Для пациентов с паническими расстройствами эффективно ввести еще одну колонку — «физические ощущения». В результате такого систематического самоисследования клиент начинает отчетливо осознавать взаимосвязи между проблемными ситуациями, определенными мыслями и чувствами / физическими ощущениями, возникающими на фоне этих мыслей. Дневниковые материалы становятся предметом обсуждения на терапевтических сеансах;

в) Ролевое проигрывание. С целью выявления неадаптивных автоматических мыслей, возникающих в межличностных ситуациях, наряду с вышеописанными можно использовать психодраматический прием «обмена ролями». Психотерапевт играет роли различных людей из окружения клиента с характерными для них репликами, задача клиента — наблюдать за возникающими во время взаимодействиями мыслями, желательно, проговаривая их вслух. Результатом вышеописанной работы становится возросшая способность клиента маркировать проблемные ситуации, различать и давать наименование различным физическим ощущениям, чувствам и мыслям. Результатом этой работы является также «коллекция» различных «автоматических мыслей», сопряженных с тяжелыми душевными состояниями или дисфункциональным поведением. На этом этапе работы следует подвести клиента к пониманию возможной ошибочности этих мыслей и, следовательно, к необходимости рассматривать их как гипотезы, нуждающиеся в проверке, а не как факты объективной реальности. Здесь вступает в действие следующий принцип КТ.

2. *Принцип «проверки гипотез»*. В литературе по практике КТ описано два основных способа проверять валидность мыслительной продукции — эмпирический и логический.

а) Эмпирическая проверка гипотез. Эта процедура требует организации специальных экспериментов по оценке валидности автоматических мыслей. С этой целью используются не когнитивные, а, как правило, различные бихевиоральные техники, основное назначение которых здесь, в отличие от бихевиоральной терапии, заключается не только в модификации неадаптивного поведения, но и в коррекции неадаптивных когнитивных продуктов. Приведем примеры.

Репликация симптома в лабораторных условиях используется в терапии панических расстройств. С помощью различных приемов (гипервентиляции легких, приема кофеина или быстрого подъема по лестницам) воспроизводятся некоторые физиологические компоненты панического приступа — потоотделение, учащенное сердцебиение и т.д. Вслед за этим выясняются субъективные интерпретации этих физических ощущений и возникшие эмоцио-

нальные реакции. Если пациенты правильно интерпретируют возникшие ощущения, например как результат подъема по лестнице, то задача психотерапевта обратить их внимание на связь между интерпретацией и эмоциональным состоянием («Ты приписываешь сейчас свое сердцебиение бегу по лестнице, а не сердечному приступу, и ты абсолютно спокоен»). Пациенту также предлагается поискать альтернативное объяснение сердцебиению в обыденной жизни вместо убеждения: «Сердцебиение — однозначный признак сердечного приступа», опираясь на лабораторный опыт.

Техники «редукции тревоги» используются не только с целью облегчить поведение в проблемных ситуациях, но и с целью коррекции утверждений типа «Я очень слаб, уязвим и беспомощен; когда моя тревога нарастает, я не в силах справиться с ней». Во время терапевтических сеансов пациента обучают навыкам релаксации, техникам контролируемого дыхания для панических расстройств, планируемому отвлечению, затем эти навыки переносятся за рамки сеанса и используются во время эпизодов интенсивной тревоги. Опыт преодоления сильной тревоги применяется для проверки предсказаний пациента относительно собственной беспомощности и неспособности совладать с нарастающим переживанием. Эта процедура способствует смещению локуса контроля в эмоциогенных ситуациях к большей интернальности.

Техники «активирующей терапии» (совместное с пациентом составление расписания занятий, расписание «ранжированных» по сложности заданий, терапия «мастерством и удовольствием») помогают не только преодолеть пассивность, но и оспорить валидность мнения клиента о собственной непродуктивности, тем самым сделав его самооценку и эмоциональное состояние более позитивными.

Техники «размораживания аффекта» используются в терапии депрессивных состояний и самообвинений. Стимулирование внешнего выражения гнева, визуализация приятных сцен, припоминание приятных событий прошлого (при упорном селектировании только негативного материала рекомендуют привлекать родственников), стимуляция жалости и сочувствия к себе, вызывание терапевтом смеха и иронии не только смягчают тоскливый аффект (или меняют его на более стеническую эмоцию гнева), но и оживляют альтернативный жизненный опыт больного. Это позволяет оспорить сопряженные с депрессивным аффектом негативные мысли типа «Я больше не способен радоваться», «Я сам виноват во всем плохом, происходит со мной», «Жизнь наполнена лишь утратами и страданием».

б) Логическая проверка гипотез также нацелена на вскрытие иррациональных способов мышления. Основной прием, используемый в ходе такой проверки, — сократический дедуктивный диалог терапевта с клиентом. В ходе такого диалога терапевт помогает клиенту представить свои убеждения в форме гипотез и проверить их с помощью многократных наводящих вопросов до момента самостоятельного отыскания выводов. Например, для оспаривания катастрофических ожиданий у пациентов с тревожными расстройствами предлагается найти ответ на следующие вопросы:

Какие факты подтверждают или опровергают такие мысли?

Каковы «за» и «против» данного суждения?

Какая часть этой ситуации — неоспоримый факт, а какая — домыслы?

Каковы другие возможные способы посмотреть на эту ситуацию?

Как бы вы посмотрели на эту ситуацию, если бы не были в тревоге (панике)?

Как бы посмотрели на эту ситуацию другие люди?

Что бы вы сказали, если бы это случилось с вашим другом?

Для пациентов, упорствующих в избегании активности и объясняющих пассивность утомлением, бессмысленностью всяких занятий или страхом почувствовать себя еще хуже, по мнению А. Бека, может оказаться эффективной схема диалога со следующими вопросами:

«**Пациент (П.)** (в ответ на предложенное терапевтом задание). Бессмысленно и пытаться.

Терапевт (Т.). Вы уже поняли, что пассивностью ничего не добьешься. Вы были бездеятельны в течение долгого времени и теперь знаете, что не стали чувствовать себя лучше. Что же вы теряете, если попытаетесь вести себя иначе?

П. Если я попытаюсь, я буду чувствовать себя еще хуже.

Т. (возможные интервенции).

а) Чувствовали ли вы улучшение в результате лежания?

б) Помогла ли вам пассивность (бездеятельность) чувствовать себя лучше к настоящему моменту?

в) Если пассивность вам до сих пор не помогла, есть ли основания полагать, что она сейчас вам поможет?

г) Пытаясь вести себя иначе, вы получите шанс на улучшение. Не исключено, конечно, что вы можете почувствовать себя хуже, но одно несомненно: если вы будете продолжать лежать, как вы это делали до сих пор, надежда на улучшение очень мала.

д) Избегая деятельности, вы только критикуете себя и наделяете себя такими именами, как ленивый, беспомощный, никуда не годный. Вы уже поняли, что ничегонеделание усугубляет ваше критическое отношение к себе. Вы становитесь жертвой болезненных мыслей и переживаний.

П. Я не могу этого сделать.

Т.

а) А как вы можете быть в этом абсолютно уверены, пока вы не попытались?

б) Если вы поделаете это хотя бы короткое время, вы будете способны с этим справиться.

П. Я слишком устал (или болен), чтобы попытаться.

Т. Начав, вы можете убедиться в том, что продолжать легче, чем это вам кажется. Вы можете убедиться в том, что вы не столь уж и устали, чтобы продолжать. Для того чтобы сдвинуть поезд с места, требуются тонны угля, а чтобы он продолжал двигаться — его требуется совсем немного».

После успешного выполнения задания необходимо указать пациенту на то, что результат противоречит его самоуничижительным предсказаниям.

Еще одна задача логической проверки — обучить клиента выявлению, маркировке и исправлению логических ошибок в суждениях (сверхобобщений, персонализации, поляризованного мышления и др.). Эти навыки, наряду с навыками осознавания автоматических мыслей, эмпирической проверки убеждений, служат ценным средством переструктурирования дисфункционального мышления. Приведем примеры техник, используемых в ходе коррекции алогизмов:

«шкалирование» — процедура, в ходе которой смягчение крайностей «поляризации» в суждениях больного достигается с помощью введения градуальности;

реаттрибуция — пересмотр ответственности за действия и достижения, в результате которого клиент приходит к более сбалансированному представлению о вкладе различных внешних и внутренних факторов в случившееся;

намеренное преувеличение — доведение идеи до крайности (даже до абсурда) стимулирует переоценку дисфункционального умозаключения;

оценка объяснений, даваемых поведению других людей;

оценка положительных и отрицательных последствий сохранения или изменения убеждений.

Наконец, еще один вариант логической проверки гипотез, часто используемый при склонности к «катастрофизации», заключается в подсчете вероятности самого худшего варианта событий и вероятности того, что это не произойдет.

В целом процедуры «заполнения пробела», эмпирической и логической проверки гипотез, домашние задания и работа на сеансах позволяют терапевту и клиенту собрать необходимый материал для очередного терапевтического шага — развития «альтернативной логики».

3. *Принцип конфронтации с «автоматическими мыслями»*.

Предшествующая работа сделала отчетливой ту неадаптивную «логику» восприятия и мышления клиента, которой он обязан мучительными душевными состояниями и дисфункциональным поведением. Теперь важно поощрять клиента оспаривать аргументы этой «логики» и вырабатывать альтернативные, более конструктивные способы мыслить. С этой целью часто используются техники «колонок» и приемы внутреннего совладающего монолога.

Процедура заполнения «колонок» может выполняться пациентом как совместно с терапевтом, так и самостоятельно. Она предполагает заполнение специально разграфленного на несколько колонок листа. В первой колонке регистрируется проблемная ситуация, во второй — отмечается возникшее в ситуации чувство (тревога, тоска, раздражение и т.д.), в третьей колонке записываются автоматические мысли, возникшие в ситуации, в четвертой — все соображения «за», т.е. подтверждающие автоматические мысли (например, если автоматические мысли возникли в ситуации общения и связаны с возможным отвержением и непринятием со стороны других людей, то в это графе записываются все аргументы в пользу именно такого отношения, типа « Я часто теряюсь в присутствии других людей», «Проявления слабости вызывают у других людей смех и непринятие» и т.д.). Когда отчетливо вербализуются все дисфункциональные мысли и их основания, клиент и терапевт переходят к заполнению последней, пятой, колонки, куда заносят все соображения «против», т.е. опровергающие как автоматические мысли, так и соображения «за». Эти аргументы «альтернативной логики» следует записывать в емкой, лаконичной форме. Задача клиента — воспроизводить эти аргументы в проблемных ситуациях. С этой целью клиента обучают навыкам внутреннего монолога.

Результатом первого этапа работа является возросшее самопонимание клиента — осознание тех автоматических мыслей, которые «запускают» тяжелые эмоциональные состояния и неэффективное поведение, а также способность совладать с ними. К концу данного этапа психопатологическая симптоматика, как правило, редуцируется, что служит основой для перехода к следующему, второму, этапу — проработке базисных посылок (или схем).

Отметим, что разработка терапевтических стратегий по модификации глубинных когнитивных структур — относительно недавнее достижение КТ, конца 80-х — начала 90-х годов. В литературе 60—70-х годов задача по видоизменению глубинных источников расстройств практически не ставилась и соответствующие процедуры не освещались. Разработка этих процедур связана с усилением интереса когнитивных терапевтов к личностным расстройствам.

Проработка базисных убеждений реализуется с помощью ряда принципов.

1. Принцип выявления базисных посылок (или схем). Осуществление этого принципа требует, прежде всего, ознакомить пациента с понятием «схемы» как совокупности правил, идей и убеждений (о себе, других людях, о мире в целом), которыми он осознанно или неосознанно руководствуется в жизни. С целью их выявления используются несколько техник, основные из которых — «маркировка тем» и техника ведения диалога, названная «пущенная вниз стрела».

«Маркировка тем» требует анализа всех материалов, накопившихся в ходе терапии, — дневников, воспоминаний, сообщений на сеансах — с целью найти ответ на вопрос: «Каковых общие темы в этих данных?» Полезно сначала замаркировать темы, к которым пациент постоянно возвращался на сеансах, а затем дать ему инструкцию выявить другие темы по дневниковым материалам. Особенно ценную информацию представляет здесь материал, полученный с помощью техники «колонок».

Когда темы замаркированы, то можно составить список причинно-следственных утверждений в форме «если..., то...». Например, анализ речевой продукции больных агорафобией с паническими расстройствами часто обнаруживает следующее базисное утверждение: «Если я проявлю слабость (в виде головокружения, обморока и т.д.), то люди отвергнут меня», за которым стоит базисная ценность «силы» и недоверие к способности людей сострадать и сочувствовать.

Особый способ задавания вопросов, нацеленный на извлечение базисных посылок (техника «пущенной вниз стрелы»), проиллюстрирован следующим диалогом с одной из пациенток, которая была сильно огорчена разговором с подругой во время обеденного перерыва на работе (Бек, Фримен). (В скобках даны названия мыслительных алогизмов, содержащихся в суждениях пациентки.)

Терапевт (Т.). Какие мысли мелькали у тебя в голове во время обеда?

Пациентка (П.). Линда игнорирует меня (селективная фокусировка, персонификация).

Т. Что это означает?

П. Я не могу ладить с людьми (интернальная аттрибуция, сверхобобщение).

Т. Что это для тебя значит?

П. У меня никогда не будет друзей (абсолютистское предсказание).

Т. Что это означает — «не будет друзей»?

П. Что я одинока (глубинная схема).

Т. А что для тебя означает «быть одинокой»?

П. То, что я всегда буду несчастливой. (Начинает плакать.)

Комментируя диалог, авторы замечают, что проблема данной пациентки была также связана с ее центральным убеждением: «Если люди не реагируют на меня, значит, я им не нравлюсь». Принципиальным моментом в приводимом диалоге служит появление сильной эмоциональной реакции (слез), что, по мнению Бека и Фримена, является не только показателем точного попадания на ключевую базисную посылку, но и ее доступности видоизменениям.

Будучи выявленными и сформулированными, дисфункциональные базисные посылки могут подвергаться оценке с помощью экспериментирования или логического анализа и в дальнейшем модификации. Здесь вступает в действие следующий принцип.

2. Принцип конфронтации со старыми схемами. Этот принцип может быть реализован в нескольких вариантах:

а) В форме полного переструктурирования схемы, предполагающего тотальное устранение старых схем и правил и построение на их месте новых. Примерами полного переструктурирования схемы могут служить трансформации зависимой депрессивной личности в автономную и самодостаточную или превращение пациента с параноидными личностными расстройствами в полностью доверяющего людям человека. С целью устранения старых дисфункциональных схем и построения новых используют следующие техники:

— техники выявления логических искажений в базисных посылках (см. первый этап);

— специальные дневниковые техники разных видов. Например, пациента с базисной посылкой «Я беспомощен» просят постоянно вести дневник с несколькими разделами: «Работа», «Общение», «Родительские обязанности», «Собственные интересы». Ежедневно в каждую графу заносят примеры, пусть самые незначительные, иллюстрирующие способность человека функционировать самостоятельно. Пациент может возвращаться к этим записям во время стрессогенных событий и неудач, когда активируется старая дисфункциональная схема.

В так называемом «дневнике предсказаний» пациенты записывают, что может случиться в определенных ситуациях, если негативные схемы справедливы. Позднее они могут зарегистрировать реальное происшествие и сравнить его с предсказанием. Этот вид дневниковой работы особенно показан при катастрофическом мышлении.

Наконец, третий тип дневника предполагает активный анализ событий каждого дня с позиций старых и новых базисных убеждений. Например, пациентка со страхом вызвать чье-либо недо-

вольство анализирует свой инцидент на работе, когда ей пришлось критиковать подчиненного за плохое качество труда. Она записывает в своем дневнике: «Он, кажется, разозлился на меня, когда я критиковала его работу. По моей старой схеме я бы переживала это событие как ужасное и расценивала его как признак того, что меня невозможно любить. Теперь я вижу, что всего лишь проявила ответственность за качество работы. Я не вижу ничего ужасного в том, что это его взбесило. Вовсе не обязательно, чтобы всем и всегда было комфортно со мной» (Бек, Фримен). Дневники такого рода помогают построить новые адаптивные схемы, закрепить их с помощью соответствующего опыта и противодействовать неадаптивным базисным посылкам при переработке новых жизненных событий.

Наконец, еще один способ полной модификации схем предполагает тщательный анализ их последствий — «краткосрочных выигрышей и долговременных проигрышей», имеющих место в результате неадаптивных установок. Этот анализ можно осуществлять также с помощью процедуры заполнения колонок.

б) Наряду с полной, возможна частичная модификация старых схем. Этой работе соответствует метафора «обновления старого дома». Клиническим примером может служить трансформация «схемы доверия» у пациента с параноидными личностными расстройствами: от полного недоверия всем людям и тотальной подозрительности — к доверию некоторым людям в некоторых ситуациях. Основной прием, используемый для такой трансформации, — формулирование прогнозов и сличение их с результатами. Здесь используются также приемы ролевой игры, позволяющие пациенту посмотреть на происходящие межличностные события с позиций других людей.

в) Наконец, возможна реинтерпретация старой схемы. Например, пациентка с истероидным личностным расстройством может осознавать дисфункциональность потребности в любви и восхищении. Однако проявления симпатии другими людьми по-прежнему оказываются для нее важнейшим источником удовлетворения. Тогда она выбирает работу воспитателем детей дошкольного возраста, которые открыто проявляют свою привязанность к ней, подкрепляя ее усилия.

Задачам осознания и модификации неадаптивной «жизненной философии» соответствует и третий принцип «оживления детских переживаний». Анализ детского материала необходим для понимания источников неадаптивных когнитивных паттернов. Воскрешение «патогенных» ситуаций способствует лучшему осознанию жизненных правил и стратегий, изменению порожденных травматическим опытом установок, а также частичному снятию ответственности и самообвинений. Основные приемы,

используемые для работы с детским материалом, — техники ролевой игры и техники воображения.

Следует отметить, что наряду с вышеперечисленными когнитивными стратегиями на данном этапе КТ также активно используются бихевиоральные процедуры: расписание разных видов занятия («мастерства и удовольствия»), активное отслеживание и регистрация изменений, репетиции разных видов поведения (тренинг уверенности), техники релаксации и отвлечения, «погружение in vivo». Эти техники вооружают пациента навыками, необходимыми для освоения более продуктивных поведенческих стратегий и установок.

В заключение обзора сформулируем основные тенденции, которые, как нам кажется, характерны для развития КТ. Первая, уже упоминавшаяся тенденция заключается в расширении сферы приложения и составлении «коллекции» когнитивных тем, специфичных для самых разных расстройств.

Вторая отчетливая тенденция заключается в смыкании с психодинамическим подходом. Она проявляется, в частности, не только в повышении интереса к глубинным психологическим источникам ситуативно разворачивающегося поведения, к истории жизни пациента, но также и в активном использовании аналитических терминов «перенос» и «сопротивление». Проработка этих явлений в КТ осуществляется с помощью традиционных процедур регистрации «автоматических мыслей», возникших в «здесь и теперь» терапевтической ситуации, проверки их валидности и т.д.

Глава 3
Когнитивная психотерапия эмоциональных расстройств

Посттравматическое стрессовое расстройство

Интегративная когнитивная модель ПТСР (по Элерсу и Кларку)

Когнитивная модель ПТСР объясняет возникновение и хронификацию симптомов посттравматического стресса. Она также создает стратегическую основу для когнитивно-бихевиоральной психотерапии данного расстройства.

В данной главе описывается интегративная когнитивная модель ПТСР, разработанная специалистами из Оксфордского университета Элерсом и Кларком (2000). Эта модель связывает типичное для ПТСР чувство постоянно присутствующей угрозы с рядом когнитивных и поведенческих факторов:

- когнитивными оценками травмы и ее последствий;
- спецификой запоминания травматического опыта и характером взаимосвязи этого вида памяти с автобиографическими воспоминаниями;
- дисфункциональными поведенческими и когнитивными стратегиями совладания;
- прошлым опытом травматизации и исходной когнитивной схемой (базисных представлений о мире и собственной личности), которая существовала у пострадавшего до травмы.

Рассмотрим последовательно каждый фактор модели.

Когнитивные оценки травмы и ее последствий

Пострадавшие, у которых вслед за пережитой травмой развиваются симптомы ПТСР, отличаются от спонтанно выздоровевших особым типом восприятия травматического события и его последствий. Как правило, им не удается воспринимать трагическое событие как ограниченное во времени и не имеющее глобальных негативных последствий для всего будущего. Их когнитивные оценки происшедшего и возможных последствий порождают ощущение постоянно присутствующей угрозы, которая может быть локализована вовне («Мир стал более опасным») или исходить от самого индивида («Я не способен постоять за себя и близких»).

По мнению авторов модели, чувство постоянно присутствующей угрозы может быть связано с несколькими типами когнитивных оценок травмировавшего события:

1) по механизму *сверхобобщения* пострадавшие люди могут начать рассматривать совершенно обычные обстоятельства как опасные. Они могут преувеличивать вероятность очередной катастрофы (когнитивное искажение *«катастрофизация»*), могут рассматривать факт случившегося как доказательство того, что они «притягивают беды» и «с ними вечно случается что-нибудь плохое» (когнитивное искажение *«персонализация»*). Очевидно, что такое восприятие случившегося несовместимо с продуктивным совладанием. Эти когнитивные оценки порождают поведение избегания, которое, в свою очередь, подкрепляет страх. Примером этого «порочного круга» может служить типичное после дорожно-транспортного происшествия избегание вождения автомобиля в силу нереалистичных представлений о вероятности очередного происшествия или избегание социальных контактов после сексуального насилия по причине столь же нереалистичных прогнозов;

2) пострадавшие могут искаженно оценивать *собственное поведение* во время происшествия, что индуцирует ощущение угрозы. Так, женщина, испытавшая во время изнасилования сексуальное возбуждение, интерпретирует свою реакцию как свидетельство существования неконтролируемых и чуждых желаний. Состояние растерянности, оцепенения во время события может трактоваться как признак «слабоволия и неспособности справляться с бедами».

Негативные оценки последствий травмы могут порождать ощущение постоянно присутствующей угрозы и способствовать упрочению ПТСР. Такими оценками являются:

1) *интерпретации первичных признаков постстрессового расстройства.*

Симптомы острой постстрессовой реакции (вторгающиеся воспоминания, обратные видения, раздражительность, неустойчивость настроения, трудности концентрации внимания и т.д.) могут возникать вскоре после травмы. Пострадавшие чаще всего не знакомы с нормальным ходом восстановления после экстремального стресса. Поэтому многие из них рассматривают перечисленные симптомы как признаки необратимых нарушений, видят в них угрозу физическому и психическому благополучию. Последствия этих интерпретаций очевидны — интенсивные отрицательные эмоции (тревога, депрессия, гнев) и дисфункциональные стратегии со-

владания, лишь закрепляющие посттравматическое расстройство. Если вторгающиеся воспоминания рассматриваются как признаки «помешательства» или «утраты контроля над собственным рассудком», пострадавший может стараться волевым путем «выбросить их из головы». Активное подавление воспоминаний парадоксальным образом способствует их более частым вторжениям по принципу: «Не думай о белой обезьяне»;

2) *интерпретации реакций других людей во время события и после него*.

Очень часто близкие друзья и члены семьи пострадавшего не знают, как правильнее себя с ним вести. В силу бытующих представлений о деликатности они стараются «не тревожить» его и избегают прямых разговоров о случившемся. Такое поведение окружающих может интерпретироваться как признак «безразличия» или, что еще опаснее, как свидетельство их убежденности в том, что «случившееся произошло по вине пострадавшего». Эти когнитивные оценки способствуют возникновению таких симптомов ПТСР, как социальное отчуждение и изоляция. Они не позволяют пострадавшим активно обсуждать случившееся с близкими людьми, что лишает их возможности «вентилировать» болезненные переживания и корректировать искаженные представления о последствиях события;

3) *оценки последствий травмы для жизни пострадавшего*.

Травматическое событие может оказывать воздействие на разные стороны жизни людей — физическое здоровье, внешность, профессиональную и финансовую ситуацию. Люди, заболевающие ПТСР, склонны интерпретировать эти воздействия как признаки необратимых жизненных изменений к худшему.

В табл. 1 приводятся примеры негативных когнитивных оценок травмы и ее последствий.

Пациенты, страдающие ПТСР, переживают целый спектр отрицательных эмоций. Согласно когнитивной модели, искаженные когнитивные оценки травмы и ее последствий хронифицируют эти эмоциональные реакции. Оценки, связанные с угрозой, порождают тревогу («Везде опасно»); с темой несправедливости и нарушения личных границ — сильные переживания гнева («Со мной обошлись несправедливо»); с собственной ответственностью за случившееся — интенсивное переживание вины; с утратой — тоску («Моя жизнь никогда не станет прежней»).

Специфика «травматической» памяти

Память, связанная с экстремальным происшествием, обладает целым рядом особенностей. С одной стороны, пациенты могут испытывать трудности при целенаправленных попытках воспроиз-

Таблица 1

Примеры идеосинкретических негативных оценок, способствующих ощущению постоянно присутствующей угрозы и хронификации ПТСР

Предмет оценивания	Примеры негативных когнитивных оценок
Факт травматического события	«Везде опасно». «Следующее несчастье вот-вот произойдет»
Тот факт, что «это случилось со мной»	«Я навлекаю на себя несчастья». «Другие поймут, что я — жертва»
Поведение/переживания во время события	«Я заслужил случившееся». «Я не могу справляться с бедой»
Первичные симптомы ПТСР Раздражительность Вспышки гнева	«Мой характер изменился навсегда». «Мой брак скоро развалится». «Я не могу отвечать за свое поведение с детьми»
Эмоциональное онемение	«Я внутри мертвый». «Я никогда не смогу снова общаться с людьми»
Обратные видения, вторгающиеся воспоминания, ночные кошмары	«Я схожу с ума». «Я никогда не избавлюсь от этого»
Трудности сосредоточения	«Мой мозг повредился». «Я не смогу работать»
Поведение других людей после травмы Положительное отношение Негативное отношение	 «Они считают, что я слабый и не могу справиться сам». «Я потерял способность испытывать близость к кому бы то ни было». «Нет никого рядом». «На людей нельзя положиться»
Другие последствия травмы Физические последствия	«Мое тело разрушено». «Я никогда не вернусь к нормальной жизни»
Утраты работы, денег	«Я потеряю детей». «Стану бездомным»

вести полную и точную картину происшествия. С другой — они страдают от частых непроизвольных наплывов воспоминаний в очень живой и эмоционально окрашенной форме.

Когнитивная модель ПТСР пытается объяснить указанное расхождение между затрудненным произвольным припоминанием и легко возникающими непроизвольными воспоминаниями. В поиске объяснения американские специалисты пристально изучали феномен непроизвольного повторного переживания травмы. Они зафиксировали следующие характеристики этого явления:

- наплывы непроизвольных воспоминаний, состоящие из сенсорных впечатлений, а не мыслей;
- сенсорные ощущения, которые переживаются, будто они происходят «здесь и теперь», факт припоминания при этом не осознается;
- первоначальные эмоции и сенсорные ощущения, которые переживаются повторно, даже если индивид получил информацию, опровергающую его представления о случившемся. Так, пациент, отец которого совершил самоубийство, выстрелив в себя, вновь и вновь испытывает состояния панического страха. При этом он испытывает настоятельную потребность искать отца и чувствует ответственность за его спасение. Эти состояния отражают его первичные переживания, когда он обнаружил предсмертную записку и ошибочно полагал, что отец отравился снотворными таблетками и его можно было бы спасти, если действовать быстро;
- возможно повторяющееся изолированное переживание аффекта без сопутствующих воспоминаний. Например, жертва сексуального насилия чувствовала сильную тревогу, когда беседовала с подругой в общественном транспорте. Позднее она осознала, что пусковым моментом стало присутствие мужчины на соседнем сидении, который был внешне похож на насильника;
- симптомы непроизвольного повторного переживания травматического события запускаются большим количеством стимулов и ситуаций. Многие из этих пусковых стимулов не имеют смысловой (семантической) взаимосвязи с травматическим событием; они лишь совпадали с ним по времени. Это могут быть запахи, освещение, определенные фразы, произносимые с характерной интонацией, и т.д.

Предполагается, что трудности произвольного воспроизведения травмы и специфика повторных переживаний связаны со *способом кодирования и представления травмы в памяти*. В норме доступ к автобиографическим воспоминаниям обеспечивается поиском по семантическим связям и по ассоциативным каналам. В характерных для ПТСР травматических воспоминаниях временные, пространственные и событийные подробности недостаточно детализированы. Случившееся представляется в памяти фрагментарно. Эти воспоминания также плохо интегрируются с другим автобиографическим материалом в памяти. Как показывают данные исследований, ассоциации «стимул—стимул» и «стимул—реакция» в случае травматического материала оказываются также более прочными. В результате произвольное воспроизведение материала по семантическим связям затруднено, а воспроизведение по ассоциативным каналам, наоборот, осуществляется значительно легче.

Как полагают Элерс и Кларк, между травматической памятью и когнитивными оценками травмы существует тесная взаимосвязь. Оценки травмы могут обусловливать избирательное воспроизведение материала, подтверждающего их правильность. Например, пациентка интерпретирует события, случившиеся с ней после ДТП как доказательство того, что «никто не способен проявлять участие и заботу». Она припоминает недружелюбное отношение персонала в больнице и не вспоминает людей, которые пытались помочь ей сразу после аварии. Эти воспоминания мешают ей скорректировать убеждения об опасности мира и людской холодности.

Трудности произвольного припоминания событий могут также трактоваться как признаки «необратимых нарушений мозга». Такие качества повторных воспоминаний, как «здесь и теперь», возможность изолированного переживания аффекта, могут служить основой для неадекватных оценок травматических последствий. Некоторые пострадавшие испытывали состояние крайнего одиночества во время травматического события. Такое состояние может повторно возникать у них при контактах с близкими людьми и интерпретироваться, как «неспособность нормально общаться» или как признак «изменения отношений в худшую сторону».

Когнитивная модель допускает, что в случаях, когда травматическое событие нанесло серьезный урон представлению человека о себе (собственной ценности, собственных способностях), может наступить полная дезорганизация автобиографической памяти.

В целом Элерс и Кларк выделяют два основных способа непосредственной переработки травмы — «концептуальное кодирование» и «переработку отдельных сенсорных ощущений». Так, в самоотчетах одни пострадавшие сообщают, что во время трагического события их рассудок был необычайно ясным, они могли анализировать происходящее и понимали его смысл. Другие отмечают состояние конфузии и «переполненности» сенсорными впечатлениями. Авторы модели полагают, что последние имеют больший риск возникновения ПТСР, поскольку сохранная способность к концептуальной переработке будет в дальнейшем облегчать произвольное воспроизведение случившегося. Чисто сенсорная переработка станет подкреплять сильные ассоциативные связи, со-

здавая тем самым основу для диссоциации и симптомов повторного нежелательного переживания травмы.

Дисфункциональные поведенческие и когнитивные стратегии совладания

Для облегчения симптомов ПТСР и достижения безопасности пациенты могут использовать различные поведенческие и когнитивные стратегии. Многие попытки устранить дискомфорт лишь способствуют его усилению. Выбор стратегий совладания тесно связан с индивидуальной когнитивной оценкой травмы и ее последствий, а также с общими представлениями человека о том, как лучше справляться с такой ситуацией. Основные дисфункциональные стратегии:

1. *Попытки контролировать симптомы ПТСР.*

В качестве примера можно привести стремление «выбросить из головы» все мысли, связанные с травмой. Результат — резкое повышение частоты нежелательных повторных воспоминаний о случившемся. Попытки предотвратить ночные кошмары, сокращая длительность сна (поздно отправляясь спать или вставая очень рано), усиливают другие симптомы ПТСР — трудности концентрации и раздражительность. Постоянное отслеживание признаков опасности повышает частоту повторных переживаний травмы.

2. *Гарантирующее «безопасность» поведение.*

Эта стратегия тесно связана с убеждением в том, что катастрофа обязательно произойдет, если не принять превентивные меры. Так, потерпевший в ДТП может быть чрезмерно бдительным во время вождения автомобиля, пытаясь тем самым снизить вероятность повторного инцидента. Пострадавшие от нападения в собственном доме могут ложиться спать с ножом под подушкой, стараясь свести к минимуму риск быть убитым.

3. *Активные попытки не думать о травме.*

Пациенты, страдающие хроническим ПТСР, могут активно избегать мыслей о случившемся, стараясь постоянно чем-либо заниматься. Их попытки осмыслить происшедшее могут носить неэмоциональный характер — как будто они делают сообщение в милиции или составляют журналистское описание, опуская эмоционально насыщенные фрагменты. Такие когнитивно-поведенческие стратегии не позволяют пациентам детально восстановить травматическое событие и увязать его с другими автобиографическими воспоминаниями. Они также не позволяют скорректировать ошибочные прогнозы («Если буду думать о случившемся — сойду с ума»).

4. *Избегание напоминаний о травме.*

Эта стратегия не позволяет скорректировать ошибочные катастрофические прогнозы («Если я увижу..., несчастье может произойти вновь»). Она мешает детальному восстановлению травматических событий в памяти, закрепляя симптомы повторного переживания травмы.

5. *Постоянные размышления о восстановлении справедливости и мести.*

Можно предположить, что эта стратегия подкрепляет негативную глобальную оценку последствий травмы («Случившееся разрушило мою жизнь навсегда»). Она также продуцирует нервозность, дисфорию и чувство безнадежности, может препятствовать восстановлению события в памяти, поскольку сосредоточивает психическую активность на размышлениях о том, «как бы все могло бы быть», а не на деталях происшедшего. Некоторые пациенты с ПТСР сообщают, что они достаточно много говорят и думают о травме, однако это не улучшает их самочувствия. Это связано скорее всего с тем, как они говорят и думают. Видимо, эти пациенты преимущественно сосредоточиваются на размышлениях типа «как бы все могло быть», а не на том, что реально происходило и что они на самом деле переживали. Их разговор также, по-видимому, лишен эмоциональной окраски.

6. *Прием алкоголя и медикаментов для снятия тревоги.*

Стремление постоянно «заглушать» тяжелые переживания с помощью алкоголя или самостоятельного приема лекарств может подкрепить дисфункциональное представление о том, что любая попытка перестать контролировать свое эмоциональное состояние может привести к срыву.

7. *Избегание многих видов деятельности, до травмы имевших смысл.*

Многие люди после тяжелой травмы отказываются от ранее привычных занятий спортом, от увлечений, встреч с друзьями. Эта стратегия не позволяет произойти желательным изменениям в когнитивных оценках травмы типа «Люди отнесутся ко мне недоброжелательно, если узнают, что со мной произошло». Эта стратегия блокирует также восстановление целостного образа «Я» и интеграцию травматического события в автобиографическую память.

Взаимосвязь когнитивных оценок травмы и последующих стратегий совладания детально представлена в табл. 2.

Прошлый опыт и убеждения

Наряду с вышеперечисленными факторами когнитивная модель ПТСР рассматривает прошлый опыт индивида и его систему убеждений. Наличие травмы в прошлом повышает риск развития ПТСР после следующей травматизации. Когнитивная модель объясняет это явление таким образом. Травмы

Таблица 2

Взаимосвязь когнитивных оценок травмы и дисфункциональных стратегий совладания

Когнитивные оценки травмы и ее последствий	Дисфункциональные стратегии совладания
Если буду думать о случившемся, я сойду с ума; потеряю контроль над своими действиями и нанесу кому-либо увечье; разовьется сердечный приступ; пострадает здоровье	Пытаться не думать о травме; быть постоянно чем-либо занятым; контролировать эмоциональные проявления; употреблять алкоголь или медикаментозные средства
Если я не буду усиленно контролировать свои чувства, я не смогу работать и потеряю работу «выйду из себя» и нанесу оскорбления другим людям	Эмоциональное онемение; избегание всего, что может вызвать положительные или отрицательные эмоции
Если мне не удастся понять, как можно было предотвратить событие, что-нибудь похожее повторится вновь	«Зацикливаться» на мыслях о том, как можно было предотвратить случившееся
Если я не найду способ наказать обидчика, будет он победителем, а я — ничтожеством	Фиксироваться на мыслях о мести
Если я попаду на место случившегося, если я надену те же вещи, несчастье повторится со мной случится нервный срыв	Избегать пребывания в этом месте; избегать ношения похожей одежды
Если я не приму особых мер предосторожности, на меня снова нападут	Носить оружие; сохранять бдительность по отношению к подозрительным людям; избегать людных мест; стремиться занять место, близкое к выходу
Если я придумаю планы (например, на праздник), несчастье произойдет вновь	Не делать никаких планов на будущее

детского возраста невозможно переработать концептуально. Последующая травма будет вызывать у взрослого пострадавшего соответствующие воспоминания, в результате переработка впечатлений от случившегося опять происходит по сенсор-

Продолжение табл. 2

Когнитивные оценки травмы и ее последствий	Дисфункциональные стратегии совладания
Если я снова встречусь с друзьями они будут расспрашивать меня о случившемся и увидят, что я слабонервный, потому что я до сих пор переживаю случившееся	Избегать встреч с друзьями
Если я буду делать то, что мне раньше приносило удовольствие, я навлеку на себя наказание; я буду не в силах справиться с чувствами; я вспомню о случившемся и не смогу справиться с этими воспоминаниями	Забросить все ранее приятные занятия
Если я лягу спать, мне приснятся кошмары; я не замечу нападения	Бодрствовать допоздна
Если мне придется переживать еще какой-либо стресс, у меня будет сердечный приступ; случится нервный срыв	Избегать всех потенциально стрессогенных ситуаций

но-ассоциативному типу. Прежние травмы могут дополнять когнитивную оценку новой травмы негативными дополнительными нюансами. Например, девушка, пережившая сексуальное насилие в детстве, может интерпретировать происшедшее во взрослом возрасте изнасилование как свидетельство того, что «она не заслуживает лучшего обращения» или «пробуждает в людях все самое худшее».

Риск развития ПТСР повышается и определенной жизненной философией, которой придерживался пострадавший до травмы. Так, убеждения типа «Со мной не должно случаться ничего плохого», «В нормальной жизни нет места трагедиям» сильно затрудняют переработку экстремального стресса. Люди, сознательно или бессознательно придерживающиеся таких убеждений, не в силах выдержать соприкосновение с трагическими аспектами жизни, не могут принять случившегося и долго пребывают в состоянии уныния или неконструктивной ярости. Зачастую они приходят к сверхобобщенным и пессимистическим выводам: «В этой стране надеяться не на что».

Когнитивно-бихевиоральные стратегии в психотерапии ПТСР

Основные задачи когнитивно-бихевиоральной терапии ПТСР

Согласно когнитивной модели ПТСР, благополучное исцеление связано со следующими процессами:

- для избавления от симптомов повторного нежелательного переживания травмы следует произвести тщательную оценку воспоминаний, интегрировать травматический опыт;
- необходимо изменить те дисфункциональные когнитивные оценки травмы и ее последствий, которые сопряжены с ощущением постоянно присутствующей угрозы;
- следует блокировать дисфункциональные поведенческие и когнитивные стратегии совладания, которые блокируют восстановление памяти о событии, усиливают симптомы ПТСР и препятствуют коррекции определенных оценок травмы;

Современная когнитивная психотерапия располагает большим арсеналом средств, позволяющих реализовать перечисленные задачи [3]. Рассмотрим основные этапы и приемы такой работы.

Психологические интервенции в течение первых недель после травмы

Специалисты по ПТСР единодушно отмечают, что представление об этом расстройстве радикально изменилось в последние 10 лет. Сейчас многие исследователи признают, что значительные психофизиологические изменения являются нормальной реакцией на стресс. Эти изменения могут включать нарушения сна, трудности концентрации, сильное чувство тревоги, печали, гнева, горя, повышенную раздражительность, бдительность, нарушения работоспособности и социального функционирования, избегание мыслей и обстоятельств, ассоциирующихся с травмой, и непроизвольное повторное переживание травматического опыта.

Таким образом, перечисленные симптомы можно считать нормой реакции, которая имеет место у большинства людей. Целенаправленные исследования зарубежных специалистов показали, что в подавляющем большинстве случаев эти симптомы проходят самостоятельно, без каких-либо специальных интервенций. Анализ этих данных поставил исследователей перед необходимостью быть осторожнее при проведении каких-либо мероприятий сразу после травматического происшествия.

В первые недели после травмы пострадавшим может быть предложена «первая психологическая помощь». Не рекомендуется применять на этом этапе какие-либо специальные психологические интервенции. Основные рекомендации:

- обеспечить возможность удовлетворения всех физических нужд (медикаменты, еда, вода);
- обеспечить атмосферу безопасности;
- оказать практическую помощь в выполнении бытовых дел;
- помочь восстановить контакт с членами семьи, друзьями и т.д.
- ориентировать на постоянный контакт с самыми любимыми людьми;
- начать «психообразовательную» работу:
  - — информировать пострадавших о различных реакциях, возникающих в ответ на очень тяжелые события, «нормализовать» эти реакции;
  - — рассказать о том, что самое типичное развитие событий — это выздоровление, сделав акцент на сведениях о выносливости человеческой психики;
  - — рекомендовать не смотреть телевизор;
- оказывать помощь в принятии конкретных жизненных решений («Что вы в состоянии сейчас делать? Что следует сделать в первую очередь? Что можно отложить? Что я могу сделать для других?»).

Любые обсуждения травмы в первые недели после нее должны происходить по желанию пострадавшего. Психотерапевтам не рекомендуется поощрять пациентов вновь и вновь рассказывать о случившемся для предотвращения возникновения ПТСР. Не следует перегружать пострадавших информацией.

Этапы и приемы когнитивно-бихевиоральной терапии ПТСР

Диагностический этап.

Начальный этап когнитивно-бихевиоральной терапии ПТСР связан с тщательной клинической диагностикой. В ходе детального рассмотрения картины психических расстройств особое внимание уделяется следующим моментам:

— злоупотреблению алкоголем или другими веществами;
— наличию травм в анамнезе;
— оценке тяжести депрессии и тревоги;
— эффективности социальной поддержки пациента.

Необходимо также провести *когнитивную диагностику случая* — выявить основные когнитивные темы, которые станут мишенями

терапии. Для этого пациента просят мысленно вернуться к событию и попытаться определить, каковы самые тяжелые моменты в происшедшем. Воспоминания, связанные с самым сильным дискомфортом, подвергаются дальнейшему анализу. Психотерапевт старается уточнить, каким смыслом наделяет их пострадавший, существуют ли у него непроизвольно возникающие образы. Модальность ведущих эмоциональных переживаний (тоска, горе, тревога, гнев, вина) также может служить хорошей подсказкой к когнитивным темам.

Выявить дисфункциональные оценки последствий травмы помогут следующие приемы:

— вопрос: «Что было наиболее тяжелым после травмы?»;

— исследование представления пострадавшего о симптомах, о его будущем, о поведении других людей.

При отсроченном начале ПТСР необходимо установить события, которые изменили первоначальное восприятие травмы и ее последствий.

Для диагностики дисфункциональных стратегий совладания могут быть полезны следующие вопросы:

— Как вы пытаетесь справиться со случившимся?

— Что, на ваш взгляд, помогает справляться с травмой лучше всего?

— Чего вы избегаете?

— Как вы справляетесь с наплывами воспоминаний?

— Как вам кажется, что произойдет с вами, если вы позволите себе погрузиться в вспоминания о происшествии?

— Что произойдет с вами, если вы вновь испытаете огорчение по поводу случившегося?

— Можно ли сказать, что вы фиксируетесь на определенных мыслях? Каково содержание этих мыслей?

В ходе диагностики необходимо выявить характер травматических воспоминаний и наличие непроизвольных воспоминаний. Следует установить, существуют ли провалы в памяти, путаница в последовательности событий, обладают ли непроизвольные воспоминания качеством «здесь и теперь», содержат ли значительный сенсорный и моторный компоненты.

Информирование о ходе лечения.

При проведении когнитивно-бихевиоральной терапии пациента информируют о наличии у него ПТСР и специфике лечебного процесса . Суть диагноза может разъясняться специалистом, или пострадавший получает информацию из специально изданной литературы. Пособие для пациентов, разработанное Р. Лихи (2002), объясняет им, что «травматические события настолько необычны и болезненны, что разум не может «вместить» их или «переработать» из-за интенсивности эмоций. Следовательно, разум «отключается» или «отфильтровывает» наиболее тяжелый и болезненный материал из сознания. Позже этот чрезмерно болезненный материал возвращается в форме навязчивых образов и ощущений из прошлого, чувств тревоги и ужаса. Мы рассматриваем эти явления как попытки разума переработать этот материал в более безопасное время. Однако он переживается слишком болезненно, поэтому пострадавший начинает избегать ситуаций и воспоминаний, напоминающих о травме. Наряду с этим он может искать разубеждения со стороны других людей, употреблять алкоголь, физически избегать пугающих ситуаций, думать о посторонних вещах в качестве защиты от проникновения пугающих образов в сознание».

Пациенту объясняют, что «лечебный процесс предполагает постепенное погружение в болезненные образы и мысли. Это помогает ему осознать, что пугающие мысли и образы можно выносить, они сами по себе не опасны и не угрожают безумием. Более того, постепенно погружаясь в эти мысли и образы, мы сможем узнать, что пострадавший думает о себе, какие чувства он испытывает к себе, к другим людям, к миру в целом. Подобные исследования могут привести к новым, более продуктивным стратегиям совладания. Наконец, мы сможем установить, какие ситуации избегаются, и развить новый, более эффективный способ справляться с ними.

Таким образом, на информационном этапе необходимо:

- сообщить пациенту, что симптомы ПТСР являются распространенной реакцией на очень тяжелые события;
- детально рассмотреть индивидуальную картину ПТСР и разъяснить пациенту характер наиболее тревожных для него ощущений;
- объяснить, что используемые пациентом средства подходят для устранения стресса повседневной жизни, однако в экстремальном случае они лишь хронифицируют стресс;
- сообщить, что лечение включает полную переработку травмы и изменение условий.

Эффективно сравнение травматической памяти с детской игрушкой-головоломкой, в которой нужно собрать изображение из многочисленных фрагментов. «Пока эти фрагменты разбросаны на полу, о них все время кто-то спотыкается. Когда мы тщательно рассмотрели все кусочки и поставили их на свои места, изображение можно убрать с дороги».

Восстановление привычных занятий.

Как указывалось выше, пациенты с ПТСР часто бросают занятия, ранее доставлявшие им удовольствие и делавшие их жизнь осмысленной. Они также часто испытывают ощущение, что их жизнь застыла на травматическом событии. Пациентам рекомендуют восстановить прежние виды деятельности.

Рекомендация помогает восстановить автобиографический контекст памяти. Значительное начинание (купить кроссовки и снова начать прогулки по выходным дням) зачастую эффективно помогает преодолеть неприятное ощущение «застывшей жизни». Если физические последствия травмы не позволяют вернуться к прежним занятиям, им нужно найти удовлетворительную замену. При планировании занятий следует выявить убеждения пациента, которые могут препятствовать выполнению терапевтической программы, и проработать их. Приемы сократического диалога, используемые в работе с дисфункциональными мыслями и убеждениями, подробно изложены в русскоязычных публикациях по когнитивной психотерапии.

Оживление травматических воспоминаний и когнитивное переструктурирование.

Важнейшая задача лечения — стимулировать пациента к составлению полного и детального описания травматического опыта. Существует два варианта этой процедуры: оживление травматических воспоминания в присутствии терапевта и с его помощью и самостоятельное составление письменного рассказа [3]. Этот прием способствует интеграции разрозненных воспоминаний о травме, восстанавливает диссоциированные фрагменты воспоминаний; помогает выявить когнитивные оценки травмы; эмпирически опровергает представление некоторых пациентов о том, что они «сойдут с ума», «потеряют контроль над собой» или «умрут», если будут детально обдумывать трагическое событие.

После тщательного обоснования процедуры пациенту дается инструкция оживлять травматические события в своем сознании, стараясь создавать как можно более реалистичные образы и подключать собственные мысли по поводу происходящего и чувства. Затем пациента просят дать словесное описание происходящего, оставаясь в настоящем времени. Помогая пациенту, терапевт задает вопросы: «Что ты сейчас видишь?», «Что ты сейчас чувствуешь?», «Где ты испытываешь это ощущение?», «Какие мысли мелькают в голове?» В ходе повествования пациента просят оценить уровень эмоционального дискомфорта по 10-балльной шкале. Этот прием помогает выявить самые «горячие точки». Первоначальное оживление начинается с воспроизведения первых эпизодов и завершается моментом, когда пациент уже ощущает себя в безопасности. Акцент упражнения может быть сосредоточен на отдельных проблемных аспектах воспоминаний.

В ходе упражнения терапевт и пациент выявляют и обсуждают когнитивные оценки и убеждения, связанные с травмой. Используются техники когнитивного переструктурирования, которые помогают пациенту научиться отслеживать собственные когнитивные процессы, оценивать реалистичность мыслей, взвешивать аргументы «за» и «против» них, конфронтировать с ними во внутреннем диалоге. При последующем выполнении упражнения на оживление травматических воспоминаний пациент подключает альтернативные интерпретации событий. При соединении этих процедур соблюдается определенный баланс: необходимо распознать неадекватную когнитивную оценку и изменить ее в ходе повествования, в то же время описание должно оставаться как можно ближе к реальности, чтобы пробудить соответствующие эмоции.

При самостоятельной работе пациента с травматическими воспоминаниями просят написать изложение с максимальным количеством деталей происшедшего, включая цвета, запахи, звуки, тактильные ощущения, чувства и мысли, и прочесть это описание вслух. Терапевту следует поинтересоваться: «Какие части воспоминаний вызывают наиболее тяжелые чувства?» Пациент может вернуться к этим болезненным точкам повествования в несколько бесчувственной или отстраненной манере. В этом случае терапевт может отметить, что пациент старается поскорее «пробежать» сквозь определенные воспоминания, а затем попросить его вернуться и перечитать эти части истории медленно, сконцентрировавшись на чувствах и мыслях, связанных с данным моментом. Например, женщина, пострадавшая от физического нападения, припомнила при медленном чтении, что в определенный момент она подумала с ужасом, что ее убьют. Таким образом, быстрое прочтение истории было «безопасным» поведением, которое, по мнению Р. Лихи, предохраняло пациентку от полного воздействия образа.

Пролонгированное погружение в воображении.

Пациенты с ПТСР убеждены, что они не вынесут тяжелых мыслей, чувств и образов, которые возвращаются столь часто. Процедура позволяет выявить самую сердцевину травматических воспоминаний и стимулирует пациента практиковаться в длительном погружении в них на сеансе с помощью терапевта. Терапевт вновь обращается к написанному рассказу и просит пациента медленно читать его вслух, сосредоточиваясь на каждой детали. После каждого прочтения пациент оценивает собственную тревогу по шкале «субъективного дистресса» от 0 (нет тревоги) до 10 баллов (паника). Ожидается, что с каждым новым прочтением тревога будет снижаться. Следует отметить, что вначале, когда пациент не разрешает себе отвлекаться или как-то иначе избегать травматических воспоминаний, тревога может возрастать. В качестве домашнего задания можно рекомендовать ежедневно читать описание травматического события в течение 30 минут.

Один из вариантов погружения в воображении — это «переписывание сценария» (M. Smucker, C. Dancu). При первоначальном припоминании травмы (например, изнасилования) пациентка может рассматривать себя как маленькую, слабую, под-

верженную неприятностям. При «переписывании сценария в воображении» ее просят создать другую историю. Здесь она гораздо крупнее насильника и агрессивно атакует его. Ее поощряют представлять себе насильника маленьким, уродливым, слабым, неполноценным, стимулируют фантазировать о том, как она одерживает верх над обидчиком и унижает его. Эта процедура позволяет ей создать новый образ себя и новый конец истории. В качестве домашнего задания можно предложить пострадавшему создать историю о новых способах «совладания». В ходе повторных прочтений этого события он начинает представлять себе более благоприятный финал.

Погружение in vivo и когнитивное переструктурирование.

Эта техника позволяет эффективно преодолеть поведение избегания и справиться с травматическим опытом. Пациента поощряют посещать те места и выполнять те виды деятельности, которые вызывают у него сильный страх и поведение избегания. После посещения места травмы очень важно обсудить сходство и различия между новыми и старыми сенсорными впечатлениями. Это обсуждение поможет пациенту восстановить временную перспективу и вновь различать безвредные стимулы, которые лишь случайно по времени совпали с травматическим событием, от сигналов опасности, которые тогда имели место.

Погружение in vivo служит также способом избавиться от ощущения опасности. Пациенту предлагается выполнить определенный вид деятельности (которого он избегал) в качестве бихевиорального эксперимента. Его просят:

— определить наихудший исход событий;

— определить его вероятность до погружения в пугающее занятие;

— выполнить этот вид деятельности;

— определить вероятность наихудшего исхода после выполнения эксперимента.

Чтобы усилить эффект, испытуемого просят оставить все используемые им приемы «безопасного поведения». Например, водителя, пытающегося сесть за руль после аварии, просят оставить все применявшиеся им стратегии «предотвращения катастрофы» и возвратиться к обычной манере езды — перестать без конца смотреть в боковое зеркало, включить радио (которое ранее было выключено, чтобы не отвлекаться от дороги), тщательно смотреть за вращающимся колесом и т.д.

Выявление триггеров повторяющихся воспоминаний и эмоций.

С целью снижения интенсивности симптомов повторного переживания травмы пациенту помогают лучше дифференцировать сенсорные стимулы, связанные с травмой, и те, с которыми он сталкивается в повседневной жизни. Эта процедура требует следующих шагов:

- тщательно исследовать ситуации, в которых возникают эти симптомы, и установить пусковые стимулы (они могут не иметь семантической связи с травмой — освещение, прикосновения, движения, запахи и т.д.);
- детально обсудить сходство и различие стимулов прошлого и настоящего. Например, жертва изнасилования испытывает интенсивный дискомфорт во время интимной близости с мужем. Терапевт и пациент подробно обсуждают, как вел себя насильник и как ведет себя супруг. Может выясниться, что здесь существует некоторое сходство: оба прикасались к определенным частям тела, было темно, произносились какие-то слова. Вслед за этим очень подробно обсуждаются различия с особым акцентом на намерениях каждого из мужчин и их отношении к ней. В результате пациентка приобретает возможность увидеть, что одинаковые сенсорные стимулы имеют абсолютно разный смысл в разных обстоятельствах;
- дать инструкцию — во время интимной близости с мужем специально фокусировать внимание на деталях, которые отличны от ситуации изнасилования, изменить некоторые внешне сходные условия (например, характер освещения).

Тренинг управления тревогой.

Многие пациенты с ПТСР переполнены тревогой. Мышечная и дыхательная релаксация, отвлечение внимания на описание простых объектов помогают справляться с ней. Например, пациенту дается инструкция «Описать цвет каждого предмета в комнате» с целью отвлечь от тревожных переживаний. Техники управления тревогой не должны использоваться во время сеансов с процедурой погружения.

Когнитивное переструктурирование.

На сеансе и при выполнении домашних заданий пациент должен выявлять и регистрировать негативные мысли, связанные с травмой. Это могут быть и некоторые убеждения типа «Никому нельзя доверять», «Мир — опасное место», «Я беспомощен», «Со мной что-то не так», «Чтобы быть в безопасности, я должен знать все наверняка». Терапевт помогает оспорить эти тревожные мысли, задавая традиционные для когнитивной терапии вопросы: «Существуют ли разные степени доверия людям, или это процесс, подчиняющийся закону «все или ничего»?», «Какова реальная вероятность того, что все это снова случится?», «Опишите все, что вы можете сделать сегодня, чтобы доказать, что вы не беспомощны»,

«Каковы ваши сильные стороны? Что назвал бы ваш лучший друг в качестве ваших лучших сторон?», «Существует множество вещей, которые вы не знаете наверняка, так почему же вы полагаете, что для безопасности вы обязательно должны знать все досконально?»

Депрессивные и тревожные расстройства

Интегративная психотерапия на основе когнитивной модели

Когнитивная модель депрессий

Первые попытки изучения содержания когнитивной сферы предпринял А. Бек, исследовавший сновидения, типичные мысли и фантазии депрессивных больных с целью верифицировать психоаналитическую теорию и обнаружить признаки вытесненной враждебности. Вместо этого он обнаружил две основные содержательные характеристики изучаемой продукции:

а) фиксированность на теме реальной или мнимой утраты (смерти близких, разрыве отношений, крушении надеж, неуспехе в достижении значимых целей) и

б) так называемое «негативное отклонение», или «негативную триаду», — негативный взгляд на себя, на будущее и на мир.

Другая содержательная характеристика базисных посылок депрессивных больных состоит в их жестком, императивном характере с более частым, чем в норме, употреблением таких речевых форм, как «следует» и «должен». Набор таких убеждений А. Бек назвал «тиранией долженствований», подчеркнув сходство этого понятия с понятием Супер-Эго. Он привел пример типичных «долженствований» депрессивных больных: «Я должен быть способен быстро и самостоятельно найти решение любой проблемы», «Я должен быть всегда на пике продуктивности», «Я должен все знать, понимать и предвидеть», «Я никогда не должен страдать, я должен всегда быть счастливым и безмятежным».

Упрощенное содержание посылок, директивность, очевидный недостаток дифференцированности свидетельствуют об инфантильной природе депрессогенных базисных убеждений. В их развитии и упрочении участвуют следующие онтогенетические факторы:

1. Утрата одного из родителей в детстве. Есть данные о том, что депрессивные больные переживают утраты в детстве чаще, чем испытуемые контрольных групп. Этот опыт может привести к тому, что любые утраты человек будет интерпретировать как необратимые и оставляющие непроходящие травмы.

2. Наличие родителя, чья система убеждений вращается вокруг темы собственной неполноценности, или родителя, чья система конструктов состоит из ригидных, жестких правил. Таким образом, дитя может приобщиться к некоторым неадаптивным схемам на основе моделирования и социальной идентификации. М. Ковак иллюстрирует такую возможность следующим примером: «На сеансах семейной терапии нередко приходится видеть родителя, который порицает себя за существующую в его воображении неполноценность, а потом выражает свою любовь к ребенку, приговаривая: «Он совершенно такой же, как я».

3. Дефицит социального опыта и социальных навыков, негативный опыт общения со сверстниками или братьями/сестрами могут препятствовать эмпирической проверке и переоценке ранних детских убеждений.

4. Физический дефект (типа детского ожирения) способствует формированию «образа Я» как отличного от других, а связанные с дефектом естественная застенчивость и избегание контактов могут препятствовать проверке и изменению межличностноориентированных детских схем.

Согласно когнитивной модели, остальные (эмоциональные, мотивационные и поведенческие) компоненты депрессивного синдрома — тоскливый аффект, пассивность, снижение мотивации, самообвинения и самодеструктивное (вплоть до суицидального) поведение — являются продуктом когнитивных процессов с вышеописанным содержанием.

Когнитивная модель тревожных расстройств

В 60-е годы начинает зарождаться когнитивно-бихевиоральная психотерапия тревожных расстройств. Тревога рассматривается в когнитивной модели с эволюционистских позиций — как защитная реакция, способствующая биологическому выживанию. Отличие патологической тревоги заключается в том, что она не только не служит этой цели, но, наоборот, способствует дезадаптации. В когнитивно-бихевиоральной психотерапии пока нет детальной концепции генеза патологических тревожных реакций и состояний, тем не менеее в ней подчеркивается роль различных факторов — когнитивных, нейрохимических, аффективных, поведенческих, т.е это интегративная модель. Когнитивно-бихевиоральная модель подчеркивает наличие предиспозиции к тревожным расстройствам (как биологической, так и психосоциальной).

Остановимся на тех данных, которые освещают источники повышенной тревожности или, выражаясь в терминах когнитивно-бихевиорального подхода, онтогенез схемы опасности.

Как было сказано выше, попытки развести нормальную и патологическую тревогу предпринимались еще Фрейдом. Создатель когнитивной терапии А. Бек особенно детально разрабатывает представления о когнитивных механизмах тревожных расстройств. Он указывает на антиципирующий характер патологической тревоги, которая начинает свою деятельность по предвосхищению опасности не в связи с угрожающей ситуацией, а уже в связи с возможностью ее наступления. Главное же — тревога, как мобилизация организма против возможной или имеющей место опасности, при тревожных расстройствах возникает там, где этой реальной опасности нет или же она очень сильно преувеличена в воображении больного. Зачастую больной и сам осознает иррациональность своей тревоги, тем не менее он не в силах контролировать ее. Это говорит о том, что происходит включение каких-то глубинных и плохо осознаваемых схем опасности, которые соответствуют наиболее глубинному, автоматическому и фактически не контролируемому сознанием уровню процесса переработки информации. В терминологии Бека это так называемый уровень «автоматических мыслей» (в терминологии поведенческого подхода происходит рефлекторное включение схем опасности). Включение схемы опасности организует весь процесс переработки информации, значительно искажая как внешнюю ситуацию, так и внутренний опыт (например, больному социальной фобией все люди кажутся враждебными, а больным паническими атаками малейшие неприятные ощущения в сердце могут интерпретироваться как начало сердечного приступа). Таким образом, внешняя информация перерабатывается со значительными искажениями. Вот эти-то когнитивные искажения и рассматриваются как основной механизм усиления патологической тревоги.

Мы уже писали о двухкомпонентной схеме Бека, включающей структурный и процессуальный когнитивные компоненты. Структурный компонент представляет собой сложившиеся в прошлом опыте устойчивые когнитивные схемы, которые могут объединяться в более сложные образования — констелляции. Каждая схема включает в себя определенные правила, убеждения и верования, которые, например, позволяют категоризировать объект или ситуацию как опасную. Если схема дисфункциональна, происходит сильное искажение в переработке информации, и вся информация, не соответствующая подтверждению схемы опасности, блокируется.

Согласно мнению А. Бека и его коллеги по изучению тревоги Г. Эмери, «симптомы тревожных расстройств представляют собой неадекватную автоматическую реакцию, базирующуюся на значительной переоценке степени опасности и недооценке собственной способности справиться с ней». Это центральная характеристика схемы опасности в когнитивно-бихевиоральной терапии — «Я слаб, мир опасен».

Включение схемы опасности запускает определенные когнитивные процессы. Правила, по которым работает эта схема, не позволяют адекватно перерабатывать информацию, с учетом всей совокупности обстоятельств и фактов, они скорее основаны на прошлом негативном опыте, чем на актуальной ситуации. Это правила, которые способствуют таким искажениям реальности, как генерализация симптомов, т. е. расширение набора стимулов, воспринимаемые как опасные. При этом задействованы такие механизмы, как катастрофизация (максимизация опасности), возможная благодаря селективному абстрагированию (игнорированию одних стимулов и избирательному выбору других) и персонализации (отнесение нейтральных событий к себе и трактовка их в духе подтверждения собственной уязвимости и враждебности окружения).

Эти искажения реальности или нарушения мышления, характерные для тревожных расстройств, в каждом индивидуальном случае осуществляются через определенные правила, которые являются компонентами схемы. Например:

1. Каждая незнакомая ситуация должна рассматриваться как опасная.
2. Любой человек ненадежен, пока он не докажет свою надежность.
3. Всегда лучше ожидать худшего.
4. Я никому не могу доверить своей безопасности и все должен контролировать.

Другой известный представитель когнитивно-бихевиоральной психотерапии — А. Эллис выделяет два эмоционально-поведенческих стереотипа при тревожных расстройствах: страх-дискомфорт (discomfort anxiety) и «Я-страх» (Ego-anxiety).

Страх-дискомфорт он определяет как эмоциональное напряжение, которое возникает, так как человек считает, что: 1) привычные удобства его жизни в опасности; 2) или он не сможет получить того, чего хочет; 3) наконец, это ужасно, это катастрофа, если он не получит того, чего хочет, на что рассчитывал. По Эллису, агорофобические пациенты сперва выдвигают следующие абсолютистские требования к себе: «Я ни в коем случае не должен переживать или ощущать дискомфорт, когда я езжу на транспорте или хожу в магазин, и это ужасно, если я все же его переживаю». Эти больные начинают избегать ситуаций, в которых они чувствуют себя дискомфортно, ссылаясь на страх перед этими ситуациями. В результате они боятся почувствовать страх как следствие дискомфорта и развивают страх страха, навязчиво ожидая, что в соответствующей ситуации им придется переживать крайне неприятное состояние. В основе процесса страха, по Эллису, ле-

жит неосознаваемая установка избегать все неприятности и неприятные ощущения в жизни.

Часто вместе со страхом-дискомфортом возникает «Я-страх». Эллис определил «Я-страх» как эмоциональное напряжение, которое возникает при мысли об угрозе самооценке. В основе этого страха лежит опять же неосознаваемая установка, что не добиться блестящих результатов ужасно, что невыносимо быть недостаточно высоко оцененным другими людьми. Так, агорафобические больные требуют от себя раскованного, свободного от страха поведения и чувствуют себя абсолютно ничтожными, если они не следуют этим требованиям.

В настоящее время когнитивно-бихевиоральная модель тревожных расстройств признается большинством авторов как наиболее влиятельная и эмпирически обоснованная, а эффективность когнитивно-бихевиоральной психотерапии при тревожных расстройствах подтверждена большим количеством исследований. Таким образом, когнитивно-бихевиоральная психотерапия является методом первого выбора при лечении тревожных расстройств.

Тема опасности, собственной уязвимости и неспособности справиться с угрозой конкретизируется при каждом варианте расстройства. Так, генерализованную тревогу «запускают» схемы со следующим когнитивным содержанием:

1) постоянным предвосхищением отрицательных событий в будущем («антиципирование» несчастий);

2) представлением о необходимости соответствовать высоким стандартам качества и количества выполняемой работы и убежденностью в собственной некомпетентности в ежедневных делах, которая сохраняется даже перед лицом очевидной компетентности. Специальные техники часто выявляют у таких больных автоматические мысли типа «Я не справлюсь с этим»;

3) опасением потерять тех, кто помогает в выполнении этой массы «необходимых» дел;

4) представлением о собственной неспособности ладить с окружающими и страхе быть осмеянным или отвергнутым в результате некомпетентности.

Основное когнитивное содержание агорафобии с паническими расстройствами связано с темой возможной физиологической или психологической катастрофы (смерти или сумасшествия). Предполагаемый сценарий этой катастрофы таков — внезапный приступ острого недомогания (сердечная болезнь, обморок и т.д.) происходит в ситуации, где нет доступа к так называемым «сигналам безопасности» — выходу, госпиталю, доктору, другу, медакаментам, и пациент остается без помощи во враждебном или равнодушном человеческом окружении. По данным Бека и Эмери, вероятность панической атаки возрастает при повышенной сензитивности к внутренним ощущениям и склонности к катастрофическим интерпретациям этих ощущений, которые вызывают и усиливают друг друга по механизму «порочного круга».

В онтогенезе хемы «опасности» могут участвовать следующие онфакторы:

1) смерть значимого другого — событие, предшествующее манифестации агорафобии с паническими атаками и значительно редуцирующее чувство безопасности и контролируемости событий;

2) опыт ранней сепарации и, соответственно, переживания сепарационной тревоги в детстве;

3) опыт «небезопасной» привязанности в раннем детстве. У 43% больных агорафобией с паническими расстройствами были тревожные или отвергающие матери, не способные создать чувство безопасности.

I этап терапии — психодиагностический

Работа с тревожно-депрессивными больными начинается с подробной беседы, в ходе которой выявляются следующие, важные для первичной разработки индивидуальной стратегии психотерапии мишени и ресурсы:

1. Соотношение физических и эмоционально-психологических факторов в представлении больного о причинах его заболевания (внутренняя картина болезни). Многие больные, страдающие тревогой (особенно паническими расстройствами) и депрессией, склонны акцентировать биологическое происхождение состояния («устал», «подорвал здоровье», «страдаю невыявленной физической патологией»). Такая внутренняя картина болезни определяет установку больных на лекарственные или «пассивные» (гипноз) методы лечения при отсутствии запроса на активную психологическую помощь и интереса к самоисследованию. Такие больные нуждаются в дополнительном мотивировании и разъяснительной работе.

2. Негативные последствия болезни для жизни больного — сужение круга интересов, занятий, общения; избегающее поведение и т.д.

3. Рефлексивность — способность к самопониманию, отчету о собственных личностных особенностях, наличие психологических характеристик в образе «Я» и степень их нюансированности и дифференцированности.

4. Способность к вербализации чувств — адекватные ответы на вопросы о чувствах в тех или иных проблемных ситуациях, наличие эмоциональных категорий в речи.

5. Качество социальной поддержки — качественная характеристика отношений с семейным и ближайшим социальным окружением, наличие доверительных связей в социальной сети.

6. Уровень мотивации к преодолению болезни и условная выгодность заболевания — обеспечивает ли болезнь большую поддержку и внимание и от каких обязанностей и жизненных трудностей оберегает.

7. Широта интересов и характер ценностных ориентации — что составляет основное содержание жизни больного, что он любит и ценит, чем увлекается.

8. Наличие контртерапевтических факторов в виде враждебности или «культа силы», создающих предпосылки для недоверия и конкуренции в отношениях с психотерапевтом. Это позволяет отнести пациента к одной из двух категорий, требующих разных стратегий ведения — «ориентированных на получение помощи» (группа «А») или «бессознательно ориентированных на обесценивание помощи и конкуренцию» (группа «В»). Если для первой группы пациентов возможен быстрый переход ко второму, симптоматически ориентированному этапу, то вторая группа требует введения специального этапа работы, характеристика которого приводится ниже.

В целом в плане прогноза терапии благоприятным является наличие таких ресурсов, как психологическая картина болезни, мотивация к активному преодолению болезни, социальная сеть с достаточным количеством поддержки, широта интересов и связей с миром. Дополнительными мишенями работы на разных ее этапах становятся физическая картина болезни, узкий круг интересов и возможностей самоактуализации, условная выгодность болезни.

II этап — первичной проработки контртерапевтических факторов

В психотерапевтической литературе подчеркивается высокая эффективность когнитивных и бихевиоральных техник в работе с эмоциональными расстройствами. Эти работы построены в основном на данных катамнеза прошедших психотерапию больных. Однако до 34 пациентов, страдающих тревожными расстройствами, преждевременно прерывают лечение. Эти цифры представляют большой интерес и должны включать, прежде всего, пациентов группы «В», которые бессознательно ждут возможности выиграть в конкуренции с терапевтом, доказав его беспомощность, или подтвердить свою враждебную картину мира, приписав терапевту непонимание, равнодушие или эксплуататативность («использует для экономической выгоды или в научных целях»). Косвенным указанием на наличие такой установки служат отзывы больных о предшествующем опыте лечения у разных специалистов. Как правило, эти отзывы о результатах резко негативны («ничем не помогло»), а о специалистах сверхкритичны («Он был занят только своими делами», «Меня не поняли»). Это поведение должно насторожить психотерапевта в плане возможности принятия помощи таким пациентом без специальной проработки его конкурентных и враждебных установок.

Быстрый переход к использованию когнитивно-бихевиоральных техник позволяет этим больным добиться своих бессознательных целей, так как без осознания причин собственного первоначального сопротивления лечению они преждевременно знакомятся с инструментарием психотерапевта, который легко опорочить («Я понимал это и раньше и сам это делал»; «Ваши методики не для меня»). Именно здесь следует, не торопясь с когнитивно-бихевиоральными интервенциями, использовать принципы психодинамической терапии — маркировку и проработку первичного сопротивления, выявление и первичную конфронтацию с бессознательными конкурентными и обесценивающими помощь установками.

Эффективный прием такой работы — подведение больного к более осознанному решению — «работать дальше или доминировать и болеть» — через определение психотерапевтической ситуации как точки такого выбора, а также анализ последствий этой «игры» для жизни и терапии. Тот же прием эффективен для проработки условной «выгодности» болезни, когда она настолько высока, что создает угрозу быстрого ухода из терапии.

В целом данный этап является наиболее сложным и требует от терапевта внимательного и деликатного поведения, сочетающего принятие пациента и умение без «лакировки» обратить его внимание на препятствующие лечению внутренние проблемы.

III этап — симптоматически ориентированный

Данный этап основан, прежде всего, на принципах когнитивной терапии. В ходе его решаются следующие задачи:

1. Выявление суммы проблемных ситуаций, вызывающих тяжелые эмоции, и первоначальное тестирование способности больного регистрировать свои мысли и чувства в этих ситуациях. Например, ситуация утреннего пробуждения у депрессивного больного с ощущением собственной беспомощности и мыслями о своей неспособности справиться с задачами наступающего дня. Или ситуация поездки в метро для больного агорафобией с паническими расстройствами, сопровождающаяся острым страхом, мыслями об опасной болезни, равнодушии людей и скорой смерти. В случае, если тестирование выявляет затруднения больных в вербализации своих чувств (чаще всего отмечается у больных с большим удельным весом соматического компонента в структуре жалоб), ставится дополнительная задача на тренинг в осознании и вербализации чувств.

2. Представление когнитивной модели расстройства — информирование больного о связи эмоциональных состояний и хода мышления и ориентация больных на перестройку дисфункцио-

нального мышления. Для больных со склонностью к соматизации излагаются сведения о связи эмоции и вегетативных реакций.

3. Дифференциация отдельных эмоций в сложной гамме возникающих в этих ситуациях чувств и соответствующего им когнитивного содержания. Здесь наиболее адекватными являются домашняя работа (ведение специального дневника с регистрацией чувств и мыслей in vivo), а также моделирование проблемных эмоциогенных ситуаций во время групповых или индивидуальных сеансов (ролевое проигрывание, гештальт-техника «пустого стула») с называнием возникающих чувств и озвучиванием сопровождающих их мыслей.

Приведем пример дифференциации эмоций в диффузном чувстве тяжести и дискомфорта у одной из наших пациенток — С., страдающей страхом транспортной езды в течение семи лет. Пациентка озвучивает это чувство тяжести: «Больно, жалко, не знаю кого. Наверное, себя в прошлой жизни. Жалко Свету. Отец пил, маму гонял, вот отсюда у нее слабый характер». Терапевт просит пациентку дать более точное название своему чувству — «печаль, жалость к себе» — и повторяет ее слова, обращаясь к пациентке от имени обозначенного чувства, после чего просит сообщить о возникшей в ответ эмоциональной реакции. Теперь она сообщает о чувстве недовольства собой и опять озвучивает его: «У тебя есть слабости в характере, ты несовершенна». После прослушивания этого чувства пациентка сообщает о чувстве страха: «С тобой будут приключаться всякие неприятности — равнодушие людей, злоключения, в экстремальной ситуации останешься одна. Из-за твоей слабости страдают и дети».

Развертывание этой гаммы чувств позволяет хорошо проследить динамику возникновения страха: через жалость к себе, акцентирование собственной слабости и беспомощности к катастрофическим взглядам на будущее, грозящее всевозможными неприятностями, и принятие на себя ответственности за все их последствия для жизни своей семьи.

4. Снятие внутреннего запрета на отрицательные чувства и поощрение к их открытому выражению («размораживание» аффекта).

Часто в процессе вышеописанной дифференциации чувств обнаруживаются очень сильные чувства горя или гнева, выражение которых блокировано. С целью их высвобождения и отреагирования терапевт эмпатически дублирует пациента с учетом известных ему подробностей истории жизни и особенностей личности больного. Тем самым терапевт стимулирует открытое и полное выражение горя в виде сетований, рыданий и слез или выражение гнева. Иногда такая процедура отреагирования требует многократного повторения.

Так, пациент Е., страдающий кардиофобией с паническими расстройствами, практически непрерывно плачет на протяжении нескольких сеансов. Он вспоминает, как отец-алкоголик ежедневно избивал его, начиная с самого раннего детства и до 15 лет (возраста побега пациента из дому). При этом он ни разу не решился на открытый протест и никто не защитил его от побоев. Работа терапевта во время этих сеансов заключалась в снятии чувства стыда перед этими слезами, стимуляции их и эмпатическом сопереживании. Пациенту было предложено написать письмо своему отцу и высказать в этом письме чувства гнева, ненависти и обиды, которые он никогда не высказывал в жизни. Письмо не было отправлено, а писалось для отреагирования этих тяжелых, годами накапливаемых чувств. Со слов пациента, на следующий год он смог впервые без тяжелого гнетущего чувства обиды и ненависти общаться с отцом, который очень изменился за эти годы и был любящим дедом.

5. Дистанцирование от неадаптивных чувств и конфронтация с привычным способом когнитивной переработки событий.

После выявления и отреагирования тяжелых чувств ставится задача разведения субъективного состояния и объективной реальности («Это не реальность так ужасна, а я катастрофически воспринимаю события» или «Мой прошлый тяжелый опыт и мои переживания не распространяются на мою настоящую жизнь»). Важно побуждать пациента рассматривать собственные мысли как гипотезы, а не факты реальности. Перед больным ставится задача возражать собственным дисфункциональным мыслям. Эти возражения могут естественно провоцироваться терапевтом путем пробуждения в клиенте «ресурсной злости» на мысли о собственной слабости и никчемности (техника up-dog). Другой прием — вступление в сократический диалог с клиентом, побуждающий его усомниться в непогрешимости его взглядов на мир и самого себя.

6. Систематическая конфронтация с дисфункциональными мыслями, развитие навыков управления эмоциями.

Поскольку дисфункциональные мысли и сопряженные с ними неприятные эмоции возникают у тревожно-депрессивных клиентов многократно в течение дня, чрезвычайно важно через постоянное самонаблюдение приучить клиента отслеживать пусковые ситуации, свои чувства и мысли в них. Отметим, что эта работа не является самоцелью, а служит необходимой предпосылкой для самопонимания и управления своими состояниями. Последнее достигается развитием навыков ведения внутреннего совладающего диалога. Для решения этой задачи используется ведение дневника с фиксацией пусковых ситуаций, мыслей и чувств (техника «трех колонок») и техника систематической конфронтации (к вышеупомянутым «трем колонкам» добавляется колонка «альтернативного взгляда» на ситуацию или две колонки — с аргументами за дисфункциональные мысли и за альтернативный

взгляд). Последнее позволяет более глубоко проработать когнитивную базу дисфункциональных эмоций.

Приведем пример такой работы с больной с синдромом генерализованной тревоги и выраженными социофобическими реакциями (см. табл. 3).

Приведем еще один фрагмент работы с пятью колонками. В ситуации утреннего пробуждения (1-я колонка) у депрессивной больной возникает чувство тревоги и безнадежности (2-я колонка) со следующими мыслями (3-я колонка): «Как же я справлюсь в этом состоянии со всеми требованиями жизни? К сорока годам осталась у разбитого корыта». Ниже приводятся 4-я и 5-я колонки с аргументами «за» и «против» этих мыслей (см. табл. 4).

7. Проработка сопротивления, обсуждение «условной выгодности болезни».

Таблица 3

Ситуация	Чувства	Мысли	Альтернативный взгляд
1. У ребенка горячий лоб	Тревога	Надо же, неужели заболел? Ой, вдруг страшная болезнь, может даже умереть. А вдруг какие-то тяжелые осложнения. Наверное, это воспаление легких или еще какая-то тяжелая болезнь	Ну, заболел, ничего страшного. Всю зиму не болел. Имеет ребенок право поболеть. Все дети болеют, без этого не обходится. Поболеет — выздоровеет.Что заранее рисовать себе ужасы. Буду решать проблемы по мере их поступления
2. Сотрудники в моем кооперативе возобновили после ремонта помещения работу, а мне не позвонили	Тревога, негодование, страх	Начальник хочет от меня избавиться. Вдруг останусь без работы, а на одну зарплату не проживешь — полная нищета. Не смогу нормально кормить и одевать детей. Наша семья будет хуже других, будет ненормальная семья, ненормальная жизнь	Возможно, начальнику неловко было приглашать меня выйти в новое помещение, где такие плохие условия. Может быть, ему неловко за эти условия передо мной — единственной женщиной. Нужно позвонить ему самой. В конце концов я могу найти и другую работу, у меня уже есть а мне вариант. Нет худа без добра — это подтолкнет моего мужа

Таблица 4

Аргументы «за»	Аргументы «против»
1. У меня мало контактов и поддержки	Это явление временное — это мое состояние депрессии, в котором мне трудно общаться. Но когда мне станет легче, я могу возобновить контакты. Есть по меньшей мере два дома, где мне всегда рады
2. Я профессионально не состоялась. На меня была жалоба от родителей директору школы	Меня любят мои ученики. Родители высоко ценят меня как педагога и были за меня горой в этом конфликте, отзываются обо мне в превосходных степенях. Нет профессионального краха — не срабатывает модель идеального педагога без права на ошибку или неодобрения с чьей-то стороны
3. Дети болеют, я в этом виновата	Если я делала что-то не так, это не означает, что ничего нельзя исправить. Не все в жизни моих детей зависит полностью от меня. Я дала детям много хорошего
4. Не сумела выбрать правильное учение, жила неправильным путем, довела себя до такого состояния	Не нужно подгонять жизнь к учению. Не существует абсолютно правильного образца. Я имею право на ошибку, в моей жизни было много тяжелого, что мешало мне. Сейчас у меня есть шанс в этом разобраться
5. Нет истинной близости и душевной поддержки в семье	Мой муж помогает мне и любит меня, не всегда возможно полное понимание. Я слишком многого требую, мечтая об идеальной близости

На предшествующем этапе чаще всего усиливается сопротивление работе, так как больной сталкивается с необходимостью изменить привычные способы мышления, связанные с ними способы поведения и лежащую в их основе жизненную философию. Поэтому работа с сопротивлением становится условием продолжения психотерапии.

Сопротивление может проявляться в виде сомнений в успехе терапии, в падении энтузиазма в работе, плохом выполнении заданий, малом количестве материала, приносимого для работы, и т.д. Сопротивление маркируется и обсуждается с больным. Распространенной причиной усиления сопротивления является также улучшение состояния, идущее вразрез с условной выгоднос-

тью болезни. Необходимо обсудить с больным, с какими трудностями он столкнется и что изменится в его жизни при выздоровлении, постараться совместно извлечь ресурсы для преодоления этих трудностей.

Важно подвести больного к осознанию данного момента в терапии как точки жизненного выбора — жить с невротическими ограничениями, создаваемыми болезнью, или столкнуться с необходимостью принятия своих проблем: налаживания отношений с людьми, преодоления своей зависимости и т.д. По выражению одного из наших пациентов, человек оказывается в данный момент терапии «между Сциллой болезни и Харибдой проблемы». Очень важно пробудить в пациенте веру в наличие ресурсов для решения встающих проблем, совместно извлекать эти ресурсы, выказывая поддержку и понимание. Так, больная агорафобией с выраженными социальными страхами З. сумела продолжить работу с терапевтом лишь после обсуждения задач, встающих перед ней в случае выздоровления: выход на работу, установление контактов с коллегами, самостоятельная жизнь без привычной помощи матери.

8. Наконец, завершает список задач этого этапа задача первичной формулировки личностных проблем (мишеней дальнейшей работы) на основании типичных проблемных ситуаций и содержания когнитивной продукции. Например, больная, систематически испытывающая страх остаться одной с мыслями о собственной беспомощности и слабости, подводится к формулировке проблемы зависимости. Пациент, для которого выполнение любой деятельности провоцирует тоску и недовольство собой с мыслями о собственной несостоятельности, о превосходстве других людей в этих видах деятельности, о необходимости сделать все на самом высоком уровне или не делать вовсе, подводится к проблеме перфекционизма. Больной, постоянно сомневающийся в хорошем отношении к себе людей, в их искренности и порядочности, подводится к проблеме недоверия людям и собственной враждебности.

IV этап — глубинно ориентированный

На данном этапе больному предлагается совместное с терапевтом исследование глубинных источников его дисфункционального мышления и личностных проблем. Когнитивные подходы, идущие по пути интеграции с психоаналитически или глубинно ориентированными подходами, ставят задачу выявления когнитивно-личностных образований, определяющих текущие дисфункциональные мыслительные и аффективные процессы. Мы считаем также важным выявление источников этих образований в прошлом опыте больного. Таким образом, на глубинноориентированном этапе нами решаются следующие задачи:

1. Проведенная на предшествующем этапе работа по выявлению характера дисфункциональных переживаний и содержания сопровождающих их мыслей позволяет поставить задачу выявления и формулировки дисфункциональных базисных убеждений.

Систему этих представлений мы обозначаем как концепцию жизни, в соответствии с которой человек не только думает и чувствует, но и принимает жизненно важные решения, совершает те или иные поступки, строит свои отношения с миром. В процессе психотерапии нами проделывается обратная реконструкция — от ситуативных мыслей и чувств к их глубинным источникам. Так, анализ повторяющихся в различных ситуациях мыслей тревожного больного о недоброжелательном настрое окружающих, постоянное ожидание презрения и насмешек вместо понимания и помощи подводит к формулировке таких возможных базисных посылок: «нельзя доверять людям», «человек человеку — волк, каждый в этой жизни только за себя». Анализ мыслей депрессивного больного о собственном несовершенстве, никчемности с постоянным эмоциональным фоном недовольства собой может привести к формулировке следующих базисных посылок: «я не имею права на ошибку», «я должен все делать на самом высоком уровне, иначе я не достоин уважения» и т.д.

Приведем еще примеры базисных посылок больных с различными эмоциональными расстройствами депрессивного и тревожного круга.

— Я должна все делать «на пятерку».

— Если кто-то негативно оценил меня, значит, я ничего не стою.

— Я отвечаю за все, что происходит в этой жизни.

— Любое недомогание может быть началом серьезной болезни.

— Я слабый, неспособный самостоятельно справляться с трудностями жизни.

— Люди заняты только собой, равнодушны, презирают слабых.

— Людям нельзя доверять.

— Я не имею права на ошибку, я всегда должен быть на высоте.

— Если кто-то не обращает на меня внимания, значит, он презирает меня.

— Любая ошибка может иметь серьезные и тяжелые последствия для дальнейшей жизни.

Этот список можно было бы продолжить. Бек и Фримен выделяют типичные базисные посылки, соответствующие разным личностным акцентуациям, которые также важно учитывать при работе с тревожными и депрессивными расстройствами как почву, на которой последние существуют. Так, тревожное расстройство у пациентки с выраженными нарциссическими чертами характера развивается на фоне повышенной потребности во внимании и восхищении со стороны окружающих, в чувстве собственного превосходства. Ее базисное убеждение: «Я из особого теста, у меня все

должно быть по-особому». Ситуация измены мужа вызывает у больной ощущение крушения жизненного замысла и чувство ненависти к мужу, поскольку он сделал из нее обычную женщину с обычными проблемами — женщину, которой изменил муж. Несмотря на раскаяние мужа, возникшая тревожно-депрессивная реакция переросла в тяжелую фобию со страхом транспортной езды.

Важно проанализировать выявленные базисные убеждения на предмет их безусловности и однозначности, привлекая жизненный опыт самого больного и опыт знакомых ему людей: случаи бескорыстной помощи со стороны других, примеры позитивной роли ошибки для приобретения опыта, ситуации, где зависимый больной проявил самостоятельность и компетентность, и т.д. То есть речь идет об опыте, противоречащем дисфункциональным базисным посылкам и подводящем к альтернативному взгляду на людей, на себя и на мир. Происходит как бы повторение приема систематической конфронтации (см. симптоматически ориентированный этап), но на этот раз не с ситуативными мыслями и чувствами, а с лежащими в их основе устойчивыми жизненными установками.

Эффективным является прием анализа последствий тех или иных базисных посылок для жизни человека и его отношений с людьми. Так, представление о собственной исключительности, ложная ценность личного превосходства тешат самолюбие вышеупомянутой больной, но обрекают на полное одиночество и патологические эмоциональные реакции при любых серьезных жизненных неудачах или проблемах, от которых никто не застрахован. Пациентка подводится к осознанному выбору — жить дальше со своей привычной жизненной философией и всеми вытекающими из нее последствиями или же попытаться осмыслить и изменить ее.

Уже в процессе анализа повторяющихся тем, мыслей и чувств, а также первичной формулировки своих базисных посылок у многих пациентов спонтанно возникают идеи об источниках своей жизненной философии в прошлом опыте, прежде всего внутри родительской семьи.

Для систематического исследования источников жизненной философии ставится задача исследования семейного контекста в трех поколениях.

Здесь мы, прежде всего, опираемся на традицию системной семейной психотерапии, прочно утвердившейся во всем мире и доказавшей свою высокую эффективность. Анализ поколений позволяет вскрыть дисфункциональные семейные сценарии, установки и представления, передающиеся из поколения в поколение и превратившиеся в прочно укорененные и не подлежащие сомнению мифы и ценности. В системной семейной

психотерапии разработан и адекватный прием для такого анализа — метод генограмм.

Генограмма — это рисунок семьи в трех поколениях со специальными условными обозначениями пола, возраста, характера взаимоотношений и т.д. В процессе семейной реконструкции методов генограмм мы обязательно спрашиваем о чувствах, связанных с каждым членом семьи, о наличии стрессогенных событий в жизни семьи и способов их семейной переработки, о характере взаимоотношений между разными членами семьи, о семейных ролях («взрослый ребенок», «глава семьи», «жертва», «виновник всех бед» и т.д.), о широте и характере социальных связей семьи (границы семьи) и т.д.

В процессе сбора такой информации выяснилось, что для больных эмоциональными расстройствами характерен повышенный индекс таких стрессогенных семейных событий, как тяжелые болезни, ранние смерти, алкоголизация кого-то из членов семьи, наличие семейных тиранов и самодуров.

Так, больная М. 33 лет с канцерофобией указывает на сиротство деда по линии отца (отец пропал без вести во время войны, мать рано умерла), на раннюю смерть деда по линии матери от диабета и сестры матери от ишемической болезни сердца, на раннюю смерть первой жены отца и его систематическую алкоголизацию с жестоким избиением матери. Алкоголизация характерна и для других родственников по линии отца матери. Границы семьи всегда были очень жесткими — скрывали от посторонних пьянство и семейные скандалы. М. росла без близких подруг, стыдилась пьянства отца. При создании собственной семьи привыкла жертвовать своими семейными отношениями ради родителей (как приносила себя в жертву отцу ее мать), в результате чего резко ухудшились отношения с мужем. Мать требует внимания к себе и негативно настроена по отношению к зятю. Сейчас все интересы больной сосредоточены на единственном восьмилетнем сыне, без которого «жизнь теряет смысл». Испытывает панический страх при мысли о том, что с сыном может что-нибудь случиться или что она заболеет тяжелой болезнью, а сын останется сиротой, подобно ее отцу. Отношения с мужем дистанцированные и конфликтные, с матерью — симбиотически зависимые. Такие же симбиотические отношения установились с собственным сыном, у которого уже отмечаются проблемы со сверстниками.

Анализ семейного контекста ставит задачу осознания источников тревоги и страха перед любыми недомоганиями в насыщенной болезнями и ранними смертями семейной истории, замкнутостью членов семьи друг на друга, узостью контактов с внешним миром. Характерное для больной недоверие к людям и страх перед контактами становятся понятными в свете традиционно замкнутого образа жизни семьи с установкой на сокры-

тие семейных проблем. Встает задача преодоления зависимости пациентки от собственной матери, укрепления отношений с мужем, сближения между мужем и ребенком, расширения социальных контактов семьи.

Анализ семейной истории помогает больной осознать источники своих дисфункциональных базисных посылок: «терпи и жертвуй собой ради родных», «жизнь опасна и полна страданий», «не доверяй людям», «любое недомогание чревато опасными последствиями». Здесь явно просматриваются семейные источники внутренней враждебности и ипохондрических установок больной.

Формулировке базисных убеждений с одновременным осознанием их источников нередко помогают приемы психодраматической семейной реконструкции — семейная скульптура с озвучиванием «посланий» от каждого члена семьи, озвучивание «посланий» родителей, женских или мужских ролей — в зависимости от выявленных в ходе сбора генограммы болевых точек семейной истории.

Особенно важно зафиксировать и озвучить противоречивые взаимоисключающие «послания», способствующие росту тревоги и парализующие активность. Например, больная Ф. с синдромом генерализованной тревоги так озвучила родительские послания:

Мать. Ты слабая, болезненная, тебе надо беречь себя, избегать перегрузок и перенапряжения.

Отец. Ты должна многого достигнуть, я хочу тобой гордиться, если делаешь что-то, то делай на самом высоком уровне.

Болезнь становится для этой больной решением ситуации с двумя несовместимыми требованиями от значимых близких, превратившимися в конфликтные базисные посылки.

Другой пример родительских посланий депрессивного больного с тревожными реакциями (страхом тяжело заболеть, опозориться в ответственной ситуации, быть осмеянным в компании и т.д.).

Отец. Нельзя допускать ошибок, любая ошибка может привести к жизненному краху, надо, все взвесив, принимать единственно правильное решение, будь осторожен.

Мать. Нельзя доверять чужим, люди только и ждут, чтобы ты споткнулся, чтобы посмеяться над тобой, слушайся близких.

Приведем пример самостоятельной работы больной с агорафобией и выраженными социофобическими реакциями по формулировке убеждений на основе анализа собственных мыслей и в стрессогенных ситуациях, с одной стороны, и проделанной по осмыслению семейного и жизненного контекста — с другой. Больная получила задание подытожить свои дневниковые записи, перечислить наиболее типичные ситуации, вызывающие тревогу, описать свои мысли и чувства в этих ситуациях, сформулировать лежащие в их основе убеждения и описать прошлые события и отношения, ставшие их источниками, наконец, найти альтернативный взгляд на ситуацию.

Ситуация	Чувство	Мысли	Убеждения	Альтернатива
Пробуждение утром	Тревога	Как же я проживу целый день? Тяжело жить, делать что-то, не дай бог куда-то ехать, не справлюсь	Жить надо трудно. Это свекровь изо дня в день повторяла, что нельзя сидеть ни минуты, надо бежать по делам — много в жизни проблем, и их надо решать каждое мгновение	Кто сказал, что я должна галопом мчаться куда-то, обязательно делать что-то, решать, Можно сосредоточиться на каждой минуте проживаемого дня, понемногу решать проблемы и получать удовольствие
Выход из подъезда	Тревога	Люди плохо обо мне подумают — у меня плохая фигура, походка. Со мной что-то случится, упаду, никто не поможет	Ты должна быть на высоте, иначе тебя не будут уважать. Мамина посылка, что должна быть совершенством во всех отношениях. У меня была очень хорошая фигура в юности, мать этим очень гордилась.	Вряд ли кто-то будет меня рассматривать — люди заняты своими делами и заботами. Многие на дят меня привлекательной, кругом много полных женщин, и никто не показывает на них пальцем. Мысли о плохой фигуре и походке от моей неуверенности и высокой требовательности.
			В любую минуту может стать плохо. Мама болела бронхиальной астмой, приступы начинались неожиданно.	Я вполне здоровая женщина, почему мне должно стать плохо?
			Люди не помогут. Когда мама лежала в больнице в тяжелом состоянии, я в 9 лет осталась одна — отец уехал, тетки тащили из дому вещи. Я голодала, никто мне не помог	Мне много и бескорыстно помогали. Люди разные — хороших и бескорыстных больше, чем плохих

Ситуация	Чувство	Мысли	Убеждения	Альтернатива
Проезд в транспорте, музей, театр	Жуткий страх	Люди будут смотреть на меня, но я несовершенна, мне будет стыдно за себя, со мной что-то случится, упаду — люди будут осуждать: «Вырядилась, а сама чем-то болеет». Надо спрятаться, я хуже всех, ниже всех	Ты ничего не стоишь, люди будут тебя презирать, ты станешь предметом насмешек и издевательств. Посылка из детства в школе. Во дворе все знали, что у меня неблагополучная семья, я была плохо одета многие меня сторонились, благополучные девочки обходили меня стороной, в школе смеялись, дразнили	Вряд ли кто-то будет меня изучать, в метро многие спят или читают. У меня нормальная одежда, я не помню, чтобы кто-то над ней смеялся. Я взрослая, хорошо одетая женщина, способная постоять за себя, а не девочка-замарашка
Неожиданные ситуации, требующие моей активности	Тревога	Я не смогу справиться с ситуацией, я не достаточно сильная, не найду выхода	Ты слабая, не способная справляться с трудностями жизни. В детстве много раз возникали неожиданные ситуации, папа устраивал дебоши и драки, я защищала маму от взрослого мужчины. Был страх, что не справлюсь	Я много раз была в тяжелых ситуациях и находила какие-то выходы, много раз приходилось потом отстаивать свои права, и мне хватало и физических сил, и силы слова. Я не маленькая слабая девочка

Следующая, третья по счету задача этого этапа — соотнесение дисфункциональной жизненной философии с текущими личностными и жизненными проблемами и тренинг альтернативных способов поведения.

Приводя примеры различных базисных посылок и их семейных источников, мы старались обозначать их связь с текущими проблемами.

Так, в последнем примере основные убеждения определяют такие проблемы больной, как перфекционизм и зависимость. Отчетливо просматривается здесь и когнитивная тревожная триада: я слаб, жизнь опасна, люди враждебны. Важно, чтобы больной сам открыл эти связи и увидел свои проблемы в историческом контексте, контексте развития. Ничто так не расшатывает представление о незыблемости тех или иных представлений, как взгляд в исторической перспективе, где они имеют начало, а, значит, могут иметь и конец.

Наконец, тренинг альтернативных способов поведения, хотя и не выделяется нами в специальный этап, так как перемежается с глубинной работой, имеет под собой чисто бихевиоральную основу. Пассивная больная составляет расписание занятий, тактических и стратегических задач: самостоятельная поездка в транспорте, сбор информации о работе, переезд от родителей и т.д. Пациент с поведением избегания социальных контактов составляет список звонков, которые он сделает в такие-то сроки, назначает даты приема гостей или похода в театр. Больной с тоскливым, безрадостным аффектом предписываются задания, приносившие ей ранее удовольствие, — массаж, горячая ванна, чтение любимой книги. При этом при выполнении заданий больным предписывается следить за своими мыслями и чувствами и в случае необходимости использовать приемы систематической конфронтации. Терапевт при этом подчеркивает ценность и необходимость собственных усилий и необходимость длительной систематической работы для преодоления сложившихся стереотипов эмоциональных реакций, мышления и поведения.

Отметим в заключение, что помимо семейного опыта больного, пережитых им стрессов и событий важным источником базисных посылок является культура, т.е. более широкий социальный контекст, в котором существует и сам больной, и его семья. Проработка этого источника базисных посылок, на наш взгляд, тоже очень важна, так как само собой разумеющимися кажутся именно те установки, которые одобряются и поддерживаются обществом в широком смысле. Так, перфекционизм фактически поощряется современной культурой.

Соматоформные расстройства

Интегративно ориентированная психотерапия

Многофакторная интегративная модель соматоформных расстройств

В процессе психотерапевтической работы и экспериментального исследования соматоформных больных мы выявили две центральные проблемы: 1) трудности в понимании собственных эмоций и их вербальном выражении: 2) «гладкие» и формальные социальные контакты и трудности в установлении глубоких и теплых межличностных отношений.

Обе трудности как характеристики поведения (не проявлять эмоций и быть сдержанным в контакте) в нашей культуре стали эгосинтонными, т.е. позитивно оцениваемыми и поддерживаемыми.

Говоря о культурном контексте в нашей стране, мы не можем обойти тему ее тоталитарного прошлого. Наши больные не являются классическими авторитарными личностями в смысле Т. Адорно, т.е. не являются фанатиками какой-либо политической доктрины и не выражают активной агрессии по отношению к аут-группам, но в интерперсональных отношениях проявляется один из важнейших стереотипов тоталитарного сознания — распределять людей по иерархической лестнице и оценивать отношения в категориях «выше — ниже». Годы тоталитаризма с войнами, социальными кризисами и репрессиями (более 50 млн было уничтожено в результате сталинских репрессий) воспитали в людях важную для выживания жизненную философию: «жизнь тяжела», «достойно жить — значит тяжело жить и тяжело работать», «терпеть и молчать», «не говорить ничего плохого», «делать то, что должно», «не доверять чужим». Это «родительские послания», выявленные нами в результате специальных упражнений. В ходе специального исследования мы установили, что в семьях пациентов с соматоформными расстройствами значимо чаще, чем у здоровых испытуемых, встречаются различные стрессогенные события: ранние смерти, несчастные случаи, неполные семьи, присутствие больного при тяжелом заболевании или смерти кого-то из близких, жестокое обращение с больным, драки в семье.

Экспериментальные данные и данные наблюдения показывают, с одной стороны, большое количество вытесненных отрицательных эмоций, накопленных в нескольких поколениях, а с другой — трудности понимания эмоций, их дифференциации, вербального выражения. Если первой проблеме наиболее релевантен психодинамический подход, предполагающий отреагирование травмирующих переживаний, увязывающий актуальные проблемы с прошлым опытом, то вторая проблема наиболее эффективно решается средствами когнитивного подхода, направленными на развитие способности к осознаванию внутренних эмоциональных и когнитивных процессов.

Мы сформулировали следующие психотерапевтические цели: 1) тренировка способности распознавания, дифференциации и понимания эмоций и связанных с ними когнитивных процессов («автоматических мыслей»); 2) проработка жизненного и семейного контекста; 3) проработка и коррекция межличностных отношений, не осуществляемая в групповой когнитивно-бихевиоральной терапии. Первой цели соответствуют в большей мере когнитивные задачи, второй и третьей — психодинамические. Таким образом, психотерапевтический процесс разбивается на две ступени: 1) когнитивную, на которой доминируют когнитивно-бихевиоральные задачи, а психодинамические играют подчиненную роль; 2) психодинамическую, где указанная пропорция меняется. Переход к глубинной психологической работе (II ступень) возможен только на основе первой ступени, после тренировки способности к самонаблюдению и пониманию своих чувств. В ходе работы используются техники психодрамы, гештальттерапии, семейной психотерапии.

В качестве основной формы работы нами была выбрана групповая психотерапия, так как она предполагает возникновение различных межличностных эмоциогенных ситуаций, тем самым давая богатый материал как для эмоционального тренинга, так и для коррекции межличностных отношений.

Основные этапы и техники интегративно ориентированной психотерапии соматоформных расстройств

Групповая психотерапия больных соматоформными расстройствами проводилась нами на базе соматической районной поликлиники при кабинете неврозов. Занятия проводились амбулаторно два раза в неделю (2 часа вечером рабочего дня и 4 часа в выходной день) — всего 60—80 часов групповой работы. Одновременно каждый член группы получал индивидуальную терапию у тех же терапевтов, примерно 5—10 сессий. Количество членов группы — не более 12—14 человек. Из большого кластера соматоформных расстройств работа велась преимущественно с соматизированными, соматоформными вегетативными и ипохондрическими расстройствами. Участие больных с конверсионными расстройствами в этих группах нежелательно в силу особой личностной специфики этого контингента. К работе в группе можно также привлекать больных депрессивными и тревожными расстройствами с выраженным соматическим компонентом. Ниже приводится таблица основных этапов и соответствующих им когнитивных и психодинамических задач.

Таблица 5

Задачи / Этапы	Когнитивные	Психодинамические
I ступень	**Работа с эмоциями**	
I этап. Информационно-мотивирующий (презентация модели патологии и помощи)	1. Информирование о связи между эмоциями и физиологическими состояниями; об общих закономерностях эмоциональной жизни; последствиях нарушения эмоциональной психогигиены для психического и физического здоровья. 2. Презентация метода групповой психотерапии	1. Создание атмосферы доверия и открытости. 2. Установление рабочего альянса
II этап. Тренинг осознания и выражения чувств	1. Изменение негативной установки по отношению к эмоциям. 2. Осознание трудностей понимания собственной и чужой эмоциональной жизни: — пробуждение интереса к эмоциональной жизни другого человека; — осознание трудностей понимания и выражения эмоций как проблемы. 3. Развитие навыков самонаблюдения и эмоционального самовыражения: — расширение эмоционального словаря; — развитие навыков маркировки эмоциональных состояний; — фокусировка внимания на модусе переживания. 4. Развитие навыков дифференцировки отдельных эмоций в гамме чувств	1. Создание атмосферы доверия и открытости. 2. Установление рабочего альянса. 3. Обучение обратной связи. 4. Диагностика способов сопротивления, реакций переноса и групповых тем
III этап. Тренинг управления эмоциями	1. Презентация когнитивного и психодинамического способов совладания: — Презентация когнитивных моделей соматизированных, депрессивных и тревожных реакций; — Пошаговая демонстрация навыков когнитивного и психодинамического совладания. 2. Отработка навыков когнитивного совладания. 3. Подготовка к работе с убеждениями	1. Маркировка сопротивления, реакций переноса и групповых тем. 2. Поощрение выражения и отреагирования негативных эмоций
II ступень	**Проработка жизненного контекста и межличностных отношений**	
IV этап. Рефлексивно-позиционный анализ	1. Формулировка убеждений, связанных с позицией. 2. Работа с мыслительными искажениями	1. Определение позиции каждого из участников группы: — социометрия (работа с групповыми отношениями, выборами, реакциями переноса); — анализ жизненных стереотипов (по В. Сатир). 2. Сравнение собственной позиции с позициями других членов группы: — заполнение позиционных таблиц; — интенсивная обратная связь. 3. Работа с сопротивлением, обсуждение «условной выгодности» болезни. 4. Анализ последствий позиции и связанных с ней убеждений для жизни и процесса психотерапии. 5. Составление «копилок» индивидуальных и групповых проблем (работа с групповыми темами). 6. Смена позиции ведущих на более пассивную и недирективную

Задачи / Этапы	Когнитивные	Психодинамические
V этап. Анализ и проработка семейного контекста	Исследование источников убеждений и их более полная формулировка	1. Анализ семейного контекста (ролей, правил, норм) в трех поколениях. 2. Выявление родительского программирования (требований и ожиданий, семейных мифов и ценностей). 3. Выявление и проработка детского психотравмирующего опыта и реакций переноса
VI этап. Анализ и проработка личных проблем и выявление ресурсов	Выработка новых убеждений и отработка новых поведенческих стратегий и навыков	Установление отношений между актуальными проблемами и семейным контекстом

На первом — *информационно-мотивирующем* — этапе мы знакомим больных с моделью психологических механизмов их заболевания, что соответствует используемой в когнитивной терапии процедуре «презентации модели». Мы рассказываем о принципе реципрокных отношений между психологическим и физиологическим компонентами эмоций (чем меньше эмоция осознана и переработана на психологическом уровне, тем сильнее выражен ее физиологический компонент в виде различных неприятных телесных ощущений и вегетативных дисфункций), а также о принципе «порочного круга» (действующего по схеме: неприятные эмоции слабой интенсивности — телесный дискомфорт — фокусировка внимания на нем — мысли тревожного содержания — усиление отрицательных эмоций — усиление телесного дискомфорта). Кроме того, мы информируем больных об общих законах эмоциональной жизни (непрерывность, потенциальная осознаваемость, выражаемость и управляемость эмоций) и рассказываем о последствиях нарушений правил эмоциональной психогигиены для физического и психического здоровья. Затем мы знакомим больных с методом групповой терапии (презентация модели помощи), развивающим самопонимание и понимание других и на этой основе способность к регуляции своих состояний и отношений с другими людьми.

Уже на первом, информационном, занятии мы стараемся создать предпосылки для атмосферы доверия и открытости, делая первые шаги по снятию страха и стыда, связанных с посещением кабинета неврозов (информируем пациентов о распространенности неврозов, об их культуральных источниках, приглашаем выздоровевших больных, которые рассказывают о своем опыте болезни и лечения). Таким образом, делается первый шаг к установлению рабочего альянса.

Результатом I этапа является пробуждение интереса к психологическому аспекту жизни и повышение готовности к психологической работе, расшатывание мифа о чисто соматической природе заболевания.

На этапе *тренинга осознания и выражения чувств* главная задача состоит в развитии соответствующих навыков. Предварительно мы проделываем специальную групповую работу по изменению негативной установки по отношению к эмоциям (развенчание культуральных мифов, первичная конфронтация с базисной культуральной посылкой «чувствовать опасно»). Введение этого этапа представляет собой отход от традиционной схемы КТ, где после представления модели сразу следует работа с когнитивными аспектами эмоций (например, регистрация «автоматических мыслей»). В результате специальных упражнений и вопросов больные начинают понимать собственные трудности в осознании и выражении чувств как проблему. Именно эти трудности делают невозможной работу с когнитивными компонентами эмоций. Поэтому мы вводим специальные упражнения, направленные на развитие навыков маркировки эмоций через расширение эмоционального словаря больных и фокусировку их внимания на модусе переживаний, а также навыков дифференцировки различных эмоций в сложной гамме чувств с помощью приемов озвучивания, дублирования эмоций и т.д.

Работа на этом этапе происходит по принципу «здесь-и-теперь», т.е. маркируются и выражаются эмоции, возникающие в процессе специальных упражнений и спонтанных взаимодействий в группе. Параллельно происходит обучение адекватным формам обратной связи, что также не относится к когнитивным формам групповой работы, а больше соответствует психодинамическим. Необходимость установления рабочего альянса подчеркивается и когнитивно-бихевиоральными, и психодинамическими терапевтами, хотя само понятие происходит из психоанализа. Мы пытаемся соединить «совместное экспериментирование» как основу альянса в КТ и строгость сеттинга, безоценочность, санкционирование самораскрытия, заимствованные из психодинамического подхода. Для подготовки более углубленной психодинамической работы психотерапевты отслеживают основные формы сопротивления в виде опозданий, жалоб на скуку или непонимание, а также реакции переноса в виде чрезмерных ожиданий от лидера. Тематические содержания, которые спонтанно всплывают в группе (тема бессилия, общечеловеческой враждебности, противопоставления сильных и слабых), фиксируются с целью последующей проработки.

В результате второго этапа больные входят в лучший контакт со своими чувствами, что может привести к усилению психологических симптомов депрессии и тревоги при уменьшении физиологических жалоб.

Этап тренинга управления эмоциональными состояниями начинается с презентации двух когнитивных моделей дисфункционального эмоционального поведения, условно названных нами «игнорирование» (отрицание самого факта негативных переживаний и фиксация лишь на физических ощущениях) и «индуцирование» негативных эмоций (продуцирование мыслей негативного содержания, усиливающих исходную эмоцию). Модели презентируются в форме терапевтического спектакля, где два терапевта взаимодействуют в ролях «человека» и его «чувства», что облегчает больным узнавание собственных способов обращения со своими эмоциями и идентификацию тех ситуаций, когда возникает такое дезадаптивное поведение. Таким образом, у каждого больного возникает «копилка проблемных ситуаций» и соответствующих им эмоциональных и когнитивных процессов.

В качестве инструмента управления эмоциями предлагается модель когнитивного совладания, включающая навыки: а) маркировки эмоций при их слабой интенсивности; б) дифференциации конкретных эмоций в сложной гамме неясных, трудно вербализуемых чувств дискомфорта, тяжести, напряжения; в) регистрации автоматических мыслей, сопутствующих неприятным переживаниям; г) дистанцирования (разведения своих мыслей и объективной реальности); д) конфронтации с неадаптивными мыслями и развития альтернативной логики. Все эти шаги по совладанию с тяжелыми эмоциями наглядно демонстрируются в форме диалога между терапевтами, разыгрывающими роли «пациента» и его «чувства». Затем в процессе терапии идет отработка этих навыков с каждым больным.

На этом этапе терапевты не ограничиваются фиксацией сопротивлений, реакций переноса и групповых тем, они маркируют их для участников группы.

Возросшая способность к самопониманию позволяет, с одной стороны, лучше управлять своими актуальными чувствами, с другой — приводит больных в соприкосновение с ранее отчуждаемым травматическим жизненным опытом и соответствующими тяжелыми переживаниями. Поэтому в результате III этапа на фоне общего улучшения состояния и редукции симптоматики нередко отмечается увеличение сопротивления дальнейшей работе.

На *этапе рефлексивно-позиционного анализа* интерпретация и проработка отмаркированного на предыдущем этапе сопротивления как защиты от болезненных переживаний позволяют перейти к более глубокой работе. Проработка позитивного и негативного переносов на терапевтов — идеализации, связанной со сверхожиданиями, и агрессии, связанной с разочарованием, — также способствует уменьшению сопротивления, увеличению доверия и создает условия для проработки других переносов в группе.

Обсуждаемый этап нельзя однозначно отнести ни к одному из двух рассматриваемых подходов, хотя психодинамические задачи здесь выходят на первый план. Роль рефлексии в лечении явно подчеркивается в когнитивном понятии «дистанцирования» и в утверждении Фрейда, что для успешного лечения необходимо, чтобы пациент наблюдал за собой как бы со стороны, как за другим человеком.

На этом этапе групповой работы уже накоплен достаточный материал в виде различных индивидуальных и межличностных проявлений, периодически всплывающих групповых тем, которые становятся предметом анализа и осмысления. Задача терапевта — стимулировать собственную рефлексию участников, давая минимум интерпретаций. Работа направлена на осознание своей позиции в группе (а значит, и в жизни) и вытекающих из нее проблем. Одним из важных приемов в этой работе является использование социометрических шкал (например, доверия—недоверия, интернальности — экстернальности и т.д.), на которых каждый находит свое место с последующим обсуждением выборов. Кроме того, каждому предлагают заполнить таблицу, в которой он сопоставляет себя по позиции с другими членами группы (похож — не похож, в чем именно различия). Следующий шаг — анализ последствий, вытекающих из той или иной позиции, для процесса терапии и для жизни. Важным итогом является понимание связи своих проблем с занимаемой позицией. Основным источником в осознании позиции и проблем является групповая обратная связь.

Традиционная когнитивная задача выявления и формулировки убеждений и анализа их последствий хорошо согласуется с задачей выявления позиции, так как позиция включает два важнейших аспекта: 1) внутренний, или ценностный, — стоящая за той или иной позицией жизненная философия, фактически отражающаяся в убеждениях; 2) внешний, или поведенческий, — конкретные поступки и действия, интеракции с другими людьми. Иными словами, «позиция» понимается нами как жизненная философия в действии или основная поведенческая стратегия.

В той мере, в какой человек осознает собственную жизненную философию и, соответственно, сознательно выбирает ее, он свободен и в выборе своей позиции. Позиция является поведенческим стереотипом, который владеет человеком, если ее осознание и свободный выбор отсутствуют. Осмысление позиции в плане последствий для жизни дает человеку возможность пересмотреть ее и сознательно принять или отвергнуть и попытаться выработать другую, т.е. происходит сознательное жизненное самоопределение.

При глубинной работе самоопределение происходит не только в плане поведенческих поверхностных изменений (поддерживать контакты или изолироваться), но и в экзистенциальном плане (доверять людям или видеть в каждом потенциального конкурента). Это решение во многом зависит от тех реальных отношений, которые складываются в группе. Для нового самоопределения необходим новый межличностный опыт, что согласуется с психодинамическими принципами. Поэтому успех терапии во многом зависит от того, насколько искренние и подлинные отношения складываются в группе, насколько терапевт не замалчивает острых тем и проблем и сензитивен к происходящему в группе, но при этом способен оказать необходимую поддержку. Именно этот аспект лечения традиционно упускается в когнитивном подходе, акцентирующем роль интеллектуальных процессов и явно недооценивающем терапевтическую роль возникающих «здесь-и-теперь» принципиально новых межличностных отношений с терапевтом и другими участниками группы. Новое самоопределение, изменение жизненной позиции не может иметь чисто рациональную основу, так как затрагивает глубинные установки личности, экзистенциальную основу ее существования. Трудно представить себе, что доверие к миру восстанавливается рационально-волевым усилием и пристальным анализом реальности со всеми аргументами «за» и «против».

Итак, результатом четвертого этапа является осознание собственной позиции и ее последствий и подведение пациентов к необходимости сознательного переопределения.

На этапе *анализа и проработки семейного контекста* мы обращаемся к категории прошлого опыта. Необходимым условием глубокой внутренней перестройки является проработка прошлого опыта не только в плане отреагирования психотравмировавших событий, но и в плане его осмысления и интеграции. Отметим, что в современной когнитивной психотерапии используются техники «оживления детских переживаний», что еще раз подтверждает тенденцию смыкания когнитивной психотерапии с психодинамическим подходом. Работа на этом этапе достаточно традиционна: выявление родительских программ, требований, ожиданий, семейных мифов и ценностей, анализ реакций переноса, проработка детского психотравмирующего опыта, катарсическое отреагирование. В когнитивном аспекте эта работа позволяет выявить источники возникновения дисфункциональных убеждений.

На *этапе анализа и проработки личных проблем и выявления ресурсов* составляются индивидуальные «копилки» проблем, переформулированных в терминах внутренней жизни. Например, вместо «у меня все мышцы болят от напряжения» — «я испытываю сильную тревогу в контактах с людьми, поскольку все время ожидаю их враждебного и критичного отношения». На основе результатов предшествующего этапа происходит увязывание актуальных проблем с семейным и жизненным контекстом, что облегчает принятие собственных проблем и снимает чувство вины за их существование. Осознание источников прежних убеждений и их формулировка сопровождаются выработкой новых убеждений, соответствующих более широкому жизненному контексту и альтернативному опыту, который игнорируется и не вмещается в старые ригидные когнитивные схемы.

Наконец, терапия завершается фактически бихевиоральным тренингом новых способов поведения: ставится задача расширения поведенческого репертуара, моделирования и отработки новых, более эффективных способов поведения и их апробации в жизни.

В данной главе мы попытались показать возможность соединения когнитивного и психодинамического подходов, что совпадает с уже существующими в психотерапии тенденциями. Такое соединение представляется нам особенно важным при работе с пациентами, испытывающими трудности осознания и вербализации чувств (а число таких пациентов не ограничивается кластером соматоформных расстройств, поскольку эти трудности отражают общие культуральные патогенные тенденции). Когнитивный этап служит здесь естественной предпосылкой для более глубокой психодинамической работы.

Перечислим конкретные упражнения, которые могут быть использованы на каждом этапе работы. Следует отметить, что ряд этих упражнений с успехом может быть использован в индивидуальном лечебном формате.

I этап — информационный

1. *Информирование о связи между эмоциями и физиологическими состояниями, об общих закономерностях эмоциональной жизни, последствиях нарушений эмоциональной психогигиены для психического и физического здоровья.*

Мы начинаем нашу работу с группой со специальной лекции, на которую приглашаем выздоровевших больных, готовых поделиться своим опытом борьбы с болезнью и рассказать о том, что дала в этой борьбе группа. На лекции мы, прежде всего, информируем больных о роли эмоций в возникновении соматических и невротических расстройств, в частности рассказываем о трех экспериментально проверенных механизмах воздействия эмоций на тело.

> О существовании телесного и психологического компонентов эмоций и их реципрокном соотношении — чем меньше эмоция представлена и переработана на психологическом уровне в виде осознаваемых чувств гнева, печали, тревоги и т.д., тем сильнее звучит ее телесный компонент в виде

сердцебиений, потоотделения, одышки, мышечных зажимов, подчас ведущих к выраженным болевым ощущениям.

О суммировании эмоционального напряжения во времени — эмоциональное напряжение накапливается при отсутствии адекватной разрядки через осознание эмоций, их выражение, а возможно, и реальные жизненные изменения. Тогда хроническая неудовлетворенность жизнью, накопившееся раздражение, давно подавляемая тревога сигнализируют о себе в нейтральных ситуациях головными болями, ночными сердцебиениями, спазмами желудка и т.д. Очень частая жалоба наших больных: «Но у меня же болит не тогда, когда я нервничаю. Вот просыпаюсь ночью, а у меня сильнейшее сердцебиение!» Так возникает ошибочное представление о чисто соматическом происхождении неприятных ощущений.

О механизме «порочного круга» — о цикле вызывающих и взаимоусиливающих друг друга телесных и эмоциональных состояний: неприятное физическое ощущение — тревога — специальная «деятельность» по прислушиванию и отслеживанию — усиление неприятного ощущения — тревога и т.д.

В ходе этого этапа мы также представляем пациентам важную информацию об основных закономерностях эмоциональной жизни:

1) непрерывность эмоций — человек постоянно что-то чувствует. Это правило было установлено еще в интроспективной психологии В. Вундтом. В консультативной практике клиенты нередко затрудняются ответить на вопрос о том, что они чувствуют в те или иные моменты своей жизни («ничего не чувствую», «спокойствие», «нормальные чувства»). Это связано с привычкой обращать внимания на чувства только при их высокой интенсивности;

2) потенциальная осознаваемость эмоций — человек способен осознать то, что он чувствует. Основой осознавания эмоций является умение держать в фокусе внимания не только внешние события и физические ощущения, но и свое душевное состояние;

4) выражаемость эмоций — человек способен выразить то, что он чувствует, в понятной и приемлемой для окружающих форме. Основой этой способности является наличие богатого эмоционального словаря. У современного человека активный запас эмоциональных категорий речи резко снижен из-за редкого их использования;

5) управляемость эмоций — миф о неуправляемости эмоций связан с тем, что они осознаются многими людьми только при их очень большой интенсивности, когда контролировать их уже практически невозможно;

6) тесная взаимосвязь психологических и телесных компонентов чувства, которая подробно описана выше.

2. *Презентация метода групповой психотерапии.*

Неспецифической для наших пациентов задачей мотивирующего этапа является снятие страха и стыда, связанных с психиатрическим диагнозом, путем информирования о распространенности эмоциональных расстройств в современной культуре и о многочисленных факторах невротизации. На этом этапе мы также коротко рассказываем о специфике психотерапии как особого вида помощи, подчеркивая задачи самоисследования и самопонимания.

Между этапами нет четкой границы. Так, мотивирующий этап начинается с вводной лекции, а затем на первых встречах мы решаем его задачи с помощью соответствующих комментариев, разъяснений и интерпретаций, и, таким образом, он естественно переплетается со вторым этапом.

II этап — тренинг осознания и выражения чувств

1. *Изменение негативной установки по отношению к эмоциям* как важной и действенной стороне человеческого существования, снятие запрета на негативные чувства. Важнейшим направлением в решении этих задач является развенчание культуральных и невротических мифов, ведущих к запрету на эмоции. Мы уже упоминали две противоположные тенденции современной культуры: возрастание интенсивности эмоциональных нагрузок, с одной стороны, и запрет на осознание и выражение эмоций — с другой. Источники этих запретов коренятся в ряде ценностей современной культуры: ценности внешнего благополучия и успеха, культе «силы и мужественности» (Сталлоне и Шварценеггер как выражение этого идеала). Эти ценности блокируют осознание и внешние проявления «слабости» (особенно у мужчин) — страха, тревоги, печали и потребности в чьей-либо поддержке и участии. Другой источник запрета коренится в традиционных ценностях христианской культуры: ценности терпения и мягкого, уступчивого поведения, особенно у женщин, что блокирует осознание и проявление гнева. Эти полоролевые стереотипы мужчины-«стены» и женщины-«душегрейки» являются важным фактором эмоциональных и психосоматических расстройств. Вспомним, что согласно психоаналитической модели депрессии в основе депрессивного состояния лежит подавленный гнев (корреляция депрессии с подавленным гневом находит и экспериментальное подтверждение). При этом принадлежность к женскому полу считается фактором риска по заболеванию депрессией, и имеются данные о том, что женщины в 5 раз чаще страдают этими расстройствами, чем мужчины (Материалы ВОЗ, 1990). Можно также предположить, что современному мужчине легче пожаловаться на боль в сердце, чем на неудачи в жизни,

неуверенность в себе. Это может быть одной из причин роста числа кардионеврозов, что отмечают как кардиологи, так и психиатры.

В практической работе с больными осознание этих стереотипов и их патогенной роли осуществляется с помощью следующих упражнений: портрет «идеального мужчины» и «идеальной женщины», «суд над эмоциями». В ходе первого упражнения группа разбивается на мужскую и женскую подгруппы, каждой из них поручается составить собирательный портрет идеального представителя противоположного пола. Затем в процессе зачитывания таких характеристик, как «мягкая, уступчивая, ласковая, терпеливая, уживчивая» у «идеальной женщины» и «сильный, богатый, успешный, выдержанный, решительный, волевой» у «идеального мужчины», следует обратить внимание на чувства, которые возникают при этом у мужчин и у женщин. При достаточной степени открытости и те, и другие сообщают о страхе несоответствия этим ожиданиям и чувстве раздражения, связанном с необходимостью прятать истинные чувства и естественные человеческие черты.

Проведение этого упражнения как в терапевтических, так и в учебных группах показало, что набор этих характеристик представляет собой клише, практически не зависящее от состава группы.

В ходе упражнения «суд над эмоциями» группе предлагается разделиться на две подгруппы: «защитников», которым предстоит отыскивать аргументы в пользу позитивной роли эмоций в разных сторонах человеческой жизни и важности их внешнего выражения; и «обвинителей», которым предстоит изложить все аргументы, свидетельствующие о негативной, деструктивной роли эмоций и оправданности запретов на их выражение. Выбор подгруппы предлагается осуществлять по желанию и на основе собственной позиции в этом вопросе. Коллективно обсудив и записав все аргументы, каждая подгруппа выбирает спикера, начинается полемический диалог, в котором защита отвечает на обвинения. Смысл этого упражнения заключается в составлении «копилки» различных представлений и штампов, бытующих в обыденном сознании и приписывающих эмоциям и их внешним проявлениям негативную роль («Откроюсь — посмеются, буду уязвимым, не поймут», «переживание и проявление гнева чреваты ответной волной агрессии, портят отношения с окружающими», «открытое проявление любви делает человека более зависимым и уязвимым», «эмоции разрушают здоровье», «открытое проявление чувств несовместимо с хорошим воспитанием» и т.д.). Ведущий проблематизирует для участников группы негативные последствия «отказа от чувств» и жесткого следования этим штампам и установкам, фактически присоединяясь к защите и усиливая ее. Мы не излагаем аргументы защиты, так как текст адресован специалистам, для которых не составит труда их реконструировать. Основное содержание этих аргументов сводится к следующему: эмоции выполняют сигнальную функцию, предупреждая о любой угрозе до того, как она осознана на интеллектуальном уровне; игнорирование эмоций в общении ведет к ошибочным оценкам людей с последующими разочарованиями и разрывами отношений; открытое проявление чувств — необходимое условие глубокого, теплого эмоционального контакта; эмоции презентируют в сознании наши истинные желания, потребности и мотивы, и их игнорирование ведет к ложным жизненным выборам; безэмоциональная жизнь пресна, лишена ощущения ее «сока», радостей любви и творчества.

2. *Осознание трудностей понимания собственной и чужой эмоциональной жизни: пробуждение интереса к эмоциональной жизни другого человека, осознание трудностей в понимании и выражении эмоций как проблемы.* Необходимость выделения этой задачи продиктована дефицитом способности к эмпатии, коммуникативными проблемами и трудностями понимания собственного эмоционального устройства у наших больных.

Приобщение к эмоциональной жизни другого человека происходит прежде всего через создание атмосферы доверия и открытости, облегчающих самораскрытие и возможность заглянуть во внутренний мир участников группы и увидеть сходство и различие между ними и собой.

Существует также ряд упражнений, которые убеждают участников группы в существовании трудностей в распознавании эмоций другого человека и развивают импрессивную способность. К ним относятся упражнения «Передача эмоций по кругу», «Кодирование и распознавание эмоций в тройках», распознавание состояния другого через имитацию его телесных проявлений, техника дублирования. В первом упражнении участникам группы дается инструкция сидеть в кругу с закрытыми глазами до специального сигнала — прикосновения партнера. После сигнала задача участника — понять, какая эмоция изображена на лице его соседа, и, в свою очередь, мимически передать ту же эмоцию дальше по кругу. Ведущий группы первым мимически изображает эмоцию (например, страх, гнев, презрение) и передает ее соседу. Обычно в ходе этого упражнения становятся очевидными трудности распознавания и невербального выражения эмоций. Следует обратить внимание участников группы на то, какие конкретные эмоции труднее всего распознаются и выражаются (чаще всего эти затруднения вызывают эмоции презрения и гнева).

Во втором упражнении участников группы просят объединиться в тройки, имея ручку и лист бумаги. Каждому предлагается вспомнить жизненную ситуацию, вызвавшую сильную эмоцию, и мысленно погрузиться в эту ситуацию. Затем дается инструкция записать чувства и образы, которые возникли. Потом дается инст-

рукция изобразить всплывшую эмоцию с помощью мимики, позы и жестов. В то время как один передает свое чувство, задача остальных — зеркалить позы, мимику и жесты, пытаясь таким образом вчувствоваться и распознать эмоциональное состояние другого человека. О пришедшей догадке не говорят, а записывают ее на бумаге. И только после того, как каждый в тройке передал эмоцию, обсуждают и сверяют возникшие догадки. Затем ведущий задает вопрос: «У кого было 100% угадываний, у кого — 0%?» с целью маркировки трудностей в распознавании чувств другого. Инструкция подстроиться к позе и выражению лица кого-то из членов группы и определить его эмоциональное состояние может использоваться ведущим в разные моменты группового процесса с целью тренировки импрессивной способности и эмпатии.

Другим приемом, направленным на решение этих задач, является «дублирование». Если кто-то в группе затрудняется выразить свое чувство словами, другим членам группы предлагается посмотреть на него, вчувствоваться в его состояние и передать его адекватными словами, встав за спиной данного участника группы.

3. *Развитие навыков самонаблюдения и эмоционального самовыражения: расширение эмоционального словаря, маркировка эмоциональных состояний, фокусировка внимания на модусе переживаний.*

Здесь также важно подвести участников группы к пониманию трудностей в осознавании и назывании собственных чувств и обсудить с ними последствия этих трудностей. Этому служит ряд приемов и упражнений, одновременно направленных на расширение имеющихся у больных средств и навыков самопонимания и самовыражения: процедура «шеринга» — обмен чувствами, упражнение «Эмоциональный словарь», двигательные и образные метафоры своего эмоционального состояния.

В упражнении «Эмоциональный словарь» участникам предлагается вспомнить все известные им слова, обозначающие эмоции. Упражнение проводится в форме игры в мяч, при этом каждый получающий мяч называет «эмоциональное слово». В ходе упражнения «Эмоциональный словарь» больные начинают осознавать бедность словесной палитры для обозначения эмоций, с одной стороны, и редкость использования этих слов в обыденной жизни — с другой.

«Шеринг», или процедура «обмена чувствами», — основной инструмент для развития навыков самонаблюдения. Частое использование этой процедуры позволяет перевести локус внимания на внутреннее состояние и вырабатывает привычку к этому в повседневной жизни.

На первых этапах работы группы, когда словесный самоотчет об эмоциональном состоянии подменяется пересказом внешних событий и рациональных соображений, инструкция подобрать

движение или образ (пейзаж, время года, цвет) в соответствии с душевным состоянием облегчает контакт со своими чувствами и передачу их другим людям.

4. *Развитие навыков дифференциации эмоций в сложной гамме чувств.*

Мы обращаем внимание больных на то, что они часто предъявляют жалобы на аморфные, тяжелые душевные состояния: «напряжение», «неудовлетворенность», «скованность», «зажатость», «тяжесть» и т.д. На самом деле за ними, как правило, стоит целая гамма вполне конкретных эмоций с отчетливым предметным содержанием. Например, за «напряжением» могут стоять переживания тревоги за будущее, недовольство собой и беспомощность, раздражение на эксплуативное окружение и т.д. Для постановки задачи по дифференциации этих смутных чувств перед больными мы используем образ души как многоголосого парламента, каждый голос в котором — конкретное чувство. Чтобы деятельность «парламента» была эффективной и не приводила к срывам и катаклизмам, каждый парламентарий должен быть поименно представлен и выслушан. Для дифференциации чувств, их называния, отыскания конкретного предметного содержания, которое стоит за каждым из них, применяется гештальттехника «пустых стульев»: клиент берет на себя роль собственного чувства и, садясь на пустой стул, озвучивает это чувство, обращаясь к самому себе (ко второму пустому стулу, который символизирует его самого), например: «Я — твое чувство беспомощности. Ты никогда не сможешь ничего добиться в жизни, потому что ничего не сможешь делать один, без чужой помощи». Затем он возвращается на свой стул, а терапевт берет роль чувства на себя и предлагает больному послушать собственное чувство. При этом больному дается инструкция внимательно наблюдать за эмоциональной реакцией, возникающей в ответ на прослушивание. Процедура повторяется с новым «пустым стулом». По мере вычленения отдельных конкретных эмоций в тяжелом диффузном состоянии растет количество стульев. Затем терапевт, перемещаясь с одного стула на другой, дает больному послушать «послание» каждого из чувств.

Решению этих же задач служат когнитивные техники «заполнения пробела», озвучивающие полуосознаваемые автоматические мысли, сопровождающие эмоциональный процесс. В групповых условиях вычленение предметного содержания различных чувств возможно путем моделирования эмоциогенных ситуаций и погружения в них пациента с инструкцией сообщать вслух возникающие при этом мысли и образы.

Приведем пример дневниковой саморегистрации больной с соматизированным расстройством — F 45.0 (см. табл. 6).

Таблица 6

Ситуация	Чувства	«Автоматические мысли»
Сердце учащенно бьется, трудно дышать	Тревога	Сердце выскочит, потеряю сознание, упаду, умру. Люди подумают: такая молодая и такая больная
К вечеру болят ноги	Тревога	Мое здоровье не в порядке. У меня не должно ничего болеть. В моем возрасте не болеют
Еду в гости к подруге	Тревога	Неизвестно, какие там будут люди. Будут приставать, могут побить, изнасилуют

Приведем еще один пример такой работы больной с синдромом генерализованной тревоги с выраженным сомато-вегетативным компонентом (дрожью, сердцебиением, мышечным «панцирем») — F. 41.1 (см. табл. 7).

Таблица 7

Ситуация	Чувства	«Автоматические мысли»
1. У ребенка горячий лоб	Тревога	Надо же, неужели заболел? Ой, вдруг страшная болезнь, может даже умереть. А вдруг какие-то тяжелые осложнения. Наверное, это воспаление легких или еще какая-то тяжелая болезнь
2. Сотрудники в моем кооператив возобновили после ремонта помещения работу, а мне не позвони-	Тревога, негодование, страх	Начальник хочет от меня избавиться. Вдруг останусь без работы, а на одну зарплату не проживешь — поллиная нищета. Не смогу нормально кормить и одевать детей. Наша семья будет хуже других, будет ненормальная семья, ненормальная жизнь

На этом этапе, на фоне повышающейся способности к самонаблюдению, дифференциации чувств и самоотчету о них, соматические жалобы нередко ослабевают и на первый план выходит психологический дискомфорт в виде тревоги, тоски и беспомощности. Важно разъяснить больным закономерность этих изменений, чтобы не возникало ложного впечатления о «вредном воздействии группы».

III этап— тренинг управления эмоциями

1. *Презентация когнитивного и психодинамического способов совладания: презентация когнитивных моделей соматизированных депрессивных и тревожных реакций; пошаговая демонстрация навыков когнитивного и психодинамического совладания.*

Эти задачи ставятся после отработки навыков самонаблюдения и дифференциации чувств. Для иллюстрации того, как ход наших мыслей и образов влияет на эмоциональное состояние, мы предлагаем больным поочередно вспомнить две ситуации с противоположным эмоциональным фоном. Вначале предлагается вспомнить жизненную ситуацию, когда было плохо, возникало ощущение беспомощности, невозможности справиться с жизнью. Затем походить по комнате и определить место, наиболее соответствующее этому состоянию, занять позу, лучше всего его выражающую. Назвать чувство и произнести короткую фразу, обобщающую смысл этого переживания. После «шеринга», в котором члены группы делятся воспоминаниями о ситуациях и своими чувствами в них, предлагается вспомнить противоположную ситуацию, окрашенную чувствами удовольствия, радости, благополучия. Поработав с этой ситуацией вышеописанным способом, участники группы в заключительном «шеринге» осмысляют, как менялось их состояние в ходе выполнения двух этапов задания, при этом они делятся результатами как самонаблюдения, так и наблюдения друг за другом. В это время участники упражнения нередко переживают инсайт, связанный с открытием закономерности смены эмоциональных состояний вместе с меняющимся направлением мыслей и образов

На этом этапе, когда на первый план выходят не соматические жалобы, а стоящие за ними тяжелые и мучительные аффекты (тоска, тревога, гнев), необходимо дать больным знания о способах их преодоления. Для этого используется прием терапевтического спектакля. Два терапевта разыгрывают перед группой спектакль в 4 действиях под названием «Я и мои тяжелые душевные состояния». Один терапевт играет роль больного, второй выступает в роли его чувства. В действии первом («Игнорирование») назвавшееся тревогой «чувство» одолевает «больного», пощипывая различные участки его тела — сердце, голову, позвоночник. «Больной» упорно игнорирует его, утверждая, что «все в моей жизни в порядке, только вот голова болит, сердце щемит, позвоночник заклинило». Таким образом иллюстрируются эмоциональные механизмы соматизации. В действии втором — «Вскармливании» — «чувство» и «пациент» поют дуэтом, усиливая голоса друг друга и подбрасывая друг другу аргументы в пользу опасности, безвыходности существования или собственной беспо-

мощности (например: **«Чувство»**. Вот сейчас рабочий день начнется, дел много у тебя. **«Больной»**. Да-а, а ведь я слабый, сил у меня мало, ведь не справлюсь! **«Чувство».** А ведь никто не поможет, время сейчас тяжелое. Люди своим все заняты, никому до тебя дела нет. **«Больной».** Господи, да еще и посмеются при виде моих неудач! И т.д.). Таким образом иллюстрируются механизмы тревожных и депрессивных состояний. В обоих действиях терапевт, изображающий чувство, вначале стоит на корточках, а к концу действия вырастает в полный рост и наваливается на «пациента», символизируя тем самым, как «игнорирование» и «вскармливание» приводят к разрастанию тревоги и тоски и, в конце концов к тяжелым, неуправляемым физическим и душевным состояниям. В диалогах «чувства» и «пациента» используются конкретные наблюдения за больными, их собственные жалобы и высказывания, что предельно облегчает больным узнавание их собственного поведения в этих ситуациях.

Третье и четвертое действия посвящены способам внутреннего управления тяжелыми душевными состояниями. В действии третьем («Дистанцирование») пациент при первых проявлениях чувства замечает его, дает ему имя, маркирует его как всего лишь собственное чувство, тем самым четко проводя границу между ним и объективной реальностью. При этом, внимательно выслушивая, а не игнорируя «доводы» чувства об опасности мира, безвыходности ситуации, собственной беспомощности и слабости, пациент конструктивно и по сути возражает им, сознательно придерживаясь альтернативной точки зрения (принцип up-dog по Ф. Перлзу). Действие четвертое («Самоисследование») практически повторяет сюжет третьего действия, дополняя его новым диалогом между чувством и пациентом. В этом диалоге пациент пытается выяснить, из каких тайников его души и прошлого пришло чувство и как оно влияет на его настоящую жизнь. Если в третьем действии пациент справляется с тяжелым душевным состоянием на симптоматическом уровне, волевым путем меняя позицию, то в четвертом действии он осуществляет это на глубинном уровне, пытаясь осознать истоки чувства в собственных установках, жизненной позиции, семейной истории. В сценическом решении совладание с тяжелыми чувствами выглядит как возвращение попытавшегося было разрастись (выпрямиться в полный рост) «чувства» к исходной позиции (на корточках).

Таким образом, в последних двух действиях терапевтического спектакля дается фактически «коллекция» техник или навыков управления своими эмоциональными состояниями:

а) осознание чувства при малых степенях его интенсивности;

б) называние чувства и вербализация его содержания;

в) маркировка чувства как субъективного состояния, не тождественного объективной реальности, и дистанцирование от него;

г) отыскание ресурсных чувств и состояний;

д) навык внутреннего совладающего диалога;

е) соотнесение актуального эмоционального состояния с более широким жизненным контекстом.

2. *Отработка навыков когнитивного совладания.*

В дальнейшей работе все эти навыки тренируются в конкретных упражнениях. Один из основных приемов здесь — «озвучивание» чувств и совладающий диалог с ними. Материалом для него служат конкретные ситуации в группе и в жизни больных. Одной из эффективных техник развития совладающего диалога является обучение навыкам выработки альтернативного взгляда на ситуацию. Наряду с озвучиванием этого взгляда в группе или на индивидуальном сеансе средством для этого служит прием заполнения дневников: к трем колонкам — «ситуация», «чувство», «мысли» — добавляется колонка «альтернативный взгляд».

3. *Подготовка к работе с убеждениями.*

Установление контакта с собственными чувствами и более глубокое самопонимание, возникающие к концу второго этапа, приводят к тому, что больные начинают лучше и острее сознавать свои личностные проблемы, предрасполагающие их к невротическим и психосоматическим реакциям (культ силы и мужественного поведения или представление о себе как о слабом, зависимом, не способном справляться с истинными трудностями, постоянное сравнение себя с другими людьми при ориентации на самых успешных и совершенных, жесткое следование социальным нормам и стандартам, зависимость душевного состояния от одобрения со стороны других людей и т.д.). Задача ведущих при выполнении этой задачи — постоянное наблюдение, накопление материала, касающегося каждого участника группы, ведение психотерапевтических записей и маркировка проблем каждого пациента в группе и на индивидуальных сеансах. Таким образом, возникает необходимость перехода к следующему, неспецифическому для данного контингента больных этапу, направленному на осознание и проговаривание этих проблем, — этапу рефлексивно-позиционного анализа.

IV этап — рефлексивно-позиционного анализа

1. *Определение позиции каждого из участников группы: социометрия(работа с групповыми отношениями, выборами, реакциями переноса); анализ жизненных стереотипов по В. Сатир.*

Этап рефлексии начинается с позиционного анализа — выявления позиции каждого в группе, отражающего позицию в жизни в широком смысле. Позиция представляет собой совокупность поведенческих паттернов (активность/пассивность, степень самораскрытия, умение поддержать других), отражающих глубинные жизненные установки (готовность к риску, доверие/недоверие, интернальность/экстернальность). Для того чтобы больные смог-

ли осознать эти паттерны и установки у себя и других, им предлагается ряд социометрических шкал, отражающих вышеперечисленные характеристики внешнего поведения и стоящие за ними установки. После того как все члены группы определили и заняли свое место на социометрической шкале, каждый поясняет свой выбор. Эффективно также проинформировать больных о существовании жизненных защитных стереотипов поведения по В. Сатир («жертвы», «обвинителя», «компьютера» и «флюгера») и предложить им определить свой, вживаясь в каждый стереотип по очереди с помощью имитации соответствующих ему позы, жестов и мимики (последние задаются ведущим в виде соответствующих «скульптур»).

2. *Сравнение собственной позиции с позициями других членов группы: заполнение позиционных таблиц, интенсивная обратная связь.*

Проделанная работа помогает больным заполнить позиционную таблицу (см. табл. 8).

Заполнение этой таблицы становится естественным поводом для интенсивной обратной связи, синтезирующей различные впечатления и наблюдения друг за другом, накопленные в процессе работы группы. Как социометрия, так и заполнение этой таблицы предполагают многократные сравнения себя с другими людьми, что ведет к лучшему пониманию себя — своей позиции, проблем и ресурсов.

В процессе социометрии выявляется связь позиции «наблюдатель» с такими внутренними проблемами, как дефицит доверия, враждебность, нормативность. Обратная связь помогает понять те чувства, которые эта позиция вызывает у других людей (недоверие, отчужденность), а затем, в свою очередь, вскрываются вытекающие из нее последствия для процесса терапии (невозможность проработать собственные проблемы) и для жизни (отсутствие близких, доверительных отношений и одиночество).

Жизненные последствия специально анализируются для всех позиций. Например, часто встречающаяся в группах позиция «лакировщика» С этой позицией связана следующая поведенческая стратегия — склонность избегать разговора о больном и трудном, о негативных чувствах, о конфликтных отношениях (под предлогом деликатности, бережного отношения к друг другу или соблюдения приличий). Она приводит к отсутствию искренности и правды в отношениях, а значит, тепла и истинной близости, а также мешает конструктивному решению реальных проблем. С этой позицией тесно связаны убеждения о вредоносной роли отрицательных эмоций в общении: «Разговор о трудном и плохом только еще сильнее расстраивает», «Разговор о трудностях и нуждах — дурной тон», «Общаясь с другими, надо говорить о приятном, нельзя расстраивать людей», «Искреннее проявление негативных чувств по отношению к людям (раздражения, обиды) недопустимо и разрушительно». Другой пример распространенной позиции — «несун», или «наблюдатель». В группе реализует следующую стратегию поведения — мало проявляется, пассивен, однако предельно внимателен, преследует цель собрать побольше информации и решить свои проблемы по аналогии с чужими. С этой позицией сопряжены убеждения об опасности и недопустимости самораскрытия, о холодности и враждебности других людей: «Говорить о трудном унизительно», «Другим людям нет дела до моих проблем», «Узнают о моих трудностях, могут порадоваться». Последствия такой позиции для контактов — их предельная формальность. Поскольку собственные проблемы фактически не предъявляются, то отсутствует их глубокое осмысление; отыскиваемые аналогии очень поверхностны, а решения иллюзорны.

Таблица 8

	По позиции в группе	По основному жизненному стереотипу	По проблемам	По ресурсам
Кто в группе похож на меня				
Кто в группе *не* похож на меня				

Признак зрелой личностной позиции — ее сбалансированность (отсутствие крайностей), гибкость и реалистичность. Это выражается в соблюдении баланса между стремлением получать и давать, в умении видеть людей и явление в совокупности их позитивных и негативных характеристик, без полярных оценок — «все или ничего», «всегда или никогда», «черное или белое».

Работа с мыслительными искажениями: тщательная маркировка всех высказываний и оценок, за которыми стоит упрощенно-поляризованное представление о людях и мире, подводит пациентов к осознанию этой особенности своей позиции. Обсуждаются также последствия такой позиции: сценарий «очарование/разочарование» в отношениях с людьми, конфликты на почве чрезмерно высоких требований к окружающим, пассивность (или делать блестяще, или не делать вообще).

Специально прорабатывается позиция «под» и «над», которая также устанавливается посредством маркировки соответствующего поведения или высказываний (особенно ярко это проявляется в противопоставлении ведущих другим членам группы). Анализируются последствия такой позиции: подмена искреннего глубокого контакта борьбой за место в иерархии, бесконечным сравнением своих достижений с другими.

На этом этапе групповое сопротивление бывает особенно интенсивным, так как речь идет о критическом переосмыслении

привычных жизненных стереотипов, необходимости высказать и интегрировать не всегда приятную обратную связь. Для групп пациентов с соматизированными расстройствами характерно стремление удерживать «приличный» фасад, избегать открытой конфронтации и искреннего выражения чувств. При работе с сопротивлением ведущие постоянно обращаются к предшествующим этапам, в ходе которых были показаны разрушительные последствия такого отношения к своей эмоциональной жизни для психического и физического здоровья.

3. *Анализ последствий позиции и связанных с ней убеждений для жизни и процесса психотерапии.*

Подчеркнем еще раз, что в позиционном анализе важно не просто осознание и обозначение своей позиции, но и осмысление вытекающих из нее последствий как для процесса психотерапии, так и для жизни. Именно это подводит человека к выбору и самоопределению — что-то изменить в своей позиции или сохранить ее со всеми вытекающими из нее последствиями. Особой задачей рефлексивного этапа является осознание каждым собственного вклада в протекание психотерапии и группового процесса — в этом смысле любая позиция может способствовать решению личных и групповых проблем или, наоборот, тормозить его. В результате происходит повышение интернальности, выражающейся в установке: «Моя позиция определяет то, что происходит со мной в группе и в жизни», — что является необходимым условием жизненного переопределения и самоопределения.

4. *Составление «копилок» индивидуальных и групповых проблем (работа с групповыми темами).*

Итогом всей этой рефлексивной работы становится «копилка» индивидуальных и групповых проблем, которая обязательно дополняется набором ресурсов для их решения (например, упорство и активность в достижении цели, искренний интерес к другим, умение дать обратную связь и поддержать, смелость, способность к риску, стремление к изменениям в жизни и т.д.). Участники группы письменно составляет «копилку» собственных проблем, зачитывают этот список в группе. Другие участники группы помогают в завершении этой работы.

V этап — анализ и проработка семейного контекста

Этапу проработки личных проблем участников групп предшествует особый этап, направленный на выявление истоков этих проблем в истории жизни пациента и, прежде всего, в семейном контексте.

1. *Анализ семейного контекста (ролей, правил, норм) в трех поколениях.*

«Разогрев» на семейную проблематику хорошо проводить в тройках, предложив участникам группы обсудить семейные правила, традиции, любимые поговорки, за что хвалили и за что ругали детей в семье, как отмечали праздники, какие были ритуалы. Можно также предложить мысленно, с закрытыми глазами полистать семейный альбом, а затем с помощью других членов группы психодраматически реконструировать и озвучить наиболее яркие сцены из семейного фотоальбома.

2. *Выявление родительского программирования (требований, ожиданий, семейных мифов и ценностей).*

Весьма эффективным для выявления, осознания и вербализации родительского программирования оказывается упражнение «Родительское напутствие» со следующей инструкцией: «Представьте себя совсем юного, выходящего на дорогу жизни. В начале этой дороги стоят ваши родители и напутствуют вас не только словами, но и всем своим поведением, всей своей прожитой жизнью. Что бы они могли сказать, если облечь это напутствие в слова? Что они говорят о жизни, которая вас ждет, — какая она? Чего ждут и хотят от вас в этой жизни?»

Эффективен здесь также метод геносоциограмм, при котором вначале графически изображается семья в трех поколениях (построение генограммы для каждого участника группы осуществляется нами на индивидуальных консультациях), а затем в групповой работе озвучиваются различные послания и напутствия от разных членов семьи, на роли которых выбираются участники группы. Можно использовать также гештальт-технику, при которой различные семейные «голоса» озвучивает сам пациент. Важную роль играет техника генограмм, описанная в предыдущем разделе пособия.

Многие из наших пациентов с соматизацией — выходцы из семей с низким социоэкономическим статусом и типичной российской проблемой алкоголизации, нередко в нескольких поколениях. Знакомство с жизненной историей многих больных указывает на особый брутальный и деструктивный характер пьянства в их семьях. Ужас проживания в алкогольной семье, нищета, плохие бытовые условия, тяжелые, непереносимые чувства стыда и страха часто становились темами наших групповых встреч. Эти мощные стрессы детского и юношеского возраста могут быть одним из механизмов развития алекситимии как защитного механизма. Взрослые потомки алкоголиков — особый тип российского пациента — «соматайзера». Свойственные этой группе больных склонность к демонстрации благополучного фасада и алекситимия резко затрудняют доступ к травматическим переживаниям детства.

Анализ семейной истории больной В., страдающей депрессией с выраженными соматическими симптомами, показывает, что женщины играют в этой семье доминантную роль, детям из поколения в поколение адресуются высокие требования, много критики, мало эмоционального тепла и поддержки. Границы семьи же-

сткие, стремление быть во всем на высоте способствует изоляции от контактов в ситуациях кризисов и неудач, т.е. именно тогда, когда поддержка нужнее всего. Наша больная перестала звонить кому-либо, «так как не может рассказать ничего хорошего о себе». В ее семейной истории явно прослеживаются источники перфекционизма и конкурентности, отраженные в следующих базисных посылках: «надо быть всегда на высоте и не показывать слабости», «скрывай от других свою душевную боль», «человек или властвует, или подчиняется — отношения партнерства невозможны».

Формулировке убеждений с одновременным осознанием их источников нередко помогают приемы психодраматической семейной реконструкции — семейная «скульптура» с озвучиванием «посланий» от каждого члена семьи, озвучивание «посланий» родителей, женских или мужских ролей — в зависимости от выявленных в ходе сбора генограммы болевых точек семейной истории.

3. *Выявление и проработка детского психотравмирующего опыта и реакций переноса.*

Одной из возможных форм проработки и отреагирования психотравмирующих событий в групповой работе является психодрама. При этом следующий за катартическим отреагированием традиционный для психодрамы «шеринг» (обмен чувствами в группе после психодраматического изображения жизненных событий) дополняется рефлективным осмыслением связи прошлых переживаний и актуальных трудностей. Общий лозунг, задающий смысл такой работы в группе, — «прошлое нужно оплакать и осмыслить».

Однако, как нам кажется, само по себе осмысление и переоценка своего прошлого недостаточны для освобождения от него. Прошлое надо не только осмыслить, но и оплакать. Как правило, психотравмирующий характер прошлого требует катартического отреагирования. Вместе с тем помимо эмоционального отреагирования клиенту необходим реальный новый опыт человеческих отношений. Рациональная переработка эффективна тогда, когда она дополнена переживаниями истинного глубокого доверия и понимания между терапевтом и клиентом и между членами группы.

Описанный этап чрезвычайно важен для осознания больными своего права на проблемы через уяснение их истоков, а также некоторого дистанцирования от них благодаря отреагированию и помещению в широкий жизненный контекст.

VI этап — анализ и проработка личных проблем и выявление ресурсов

1. *Установление связи между актуальными проблемами и семейным контекстом.*

Предшествующая работа создает необходимые условия для перехода к заключительному этапу проработки личных проблем,

на котором восстанавливаются уже созданные «копилки» проблем с учетом их истоков в жизненном контексте. Проблемы должны быть сформулированы в терминах внутренней жизни. Вместо первоначального «у меня дрожь и сердцебиение» — «мне трудно доверять людям», вместо «муж ко мне невнимателен» — «я очень много требую от других и часто обижаюсь», вместо «я чувствую физическое истощение» — «меня губят чрезмерно высокие требования к себе, парализующие мою активность». Параллельно происходит выявление ресурсов, необходимых для решения сформулированных проблем.

2. *Выработка новых убеждений, освоение новых поведенческих стратегий и навыков.*

Основной прием здесь — поощрение пациентов к преодолению стереотипных реакций и способов поведения по принципу: «Делай то, что трудно, без собственных усилий ничего не изменится». Полезным является моделирование ситуаций, вызывающих трудности и апробирование новых способов поведения в них в форме ролевого тренинга. Важным способом преодоления пассивности и страха что-то изменить в своем поведении и в жизни является выведение в up-dog — путем отзеркаливания и доведения до гротеска стереотипных реакций и установок пациента вызвать стеническую реакцию раздражения и протеста против собственных стереотипов. При этом важно придавать ситуации игровой характер, чтобы юмор, веселье и поддержка других облегчали эксперименты с собственным поведением с целью расширить репертуар форм поведения и, главное, привести его в большее соответствие с собственными потребностями и чувствами. Таким образом происходит смыкание задач этапа тренинга в осознании и выражении чувств с задачами решения личностных проблем и достижения позитивных жизненных изменений. Тренинг альтернативных способов поведения выделяется нами в качестве специальной задачи, так как, хотя и перемежается с глубинной работой, опирается прежде всего на бихевиоральные техники.

Приведем пример такой работы. У пациентки с синдромом хронической усталости и частыми головными болями на предшествующих этапах групповой работы были выявлены интенсивные социофобические переживания: она боится говорить и вообще как-то проявить себя в компании людей, ей кажется, что ей нечего сказать, она недостаточно умна, эрудированна, хороша собой. В основе этих переживаний лежит перфекционистское убеждение: «Если говорить, то что-то очень значительное, умное, запоминающееся. Выглядеть при этом безупречно». Источники этого убеждения в семейном контексте — критика и высокие требования со стороны отца, постоянные насмешки над фигурой, речью и манерой одеваться со стороны старшего брата. Пациентка

практикует стойкую поведенческую стратегию избегания контактов — подолгу задерживается на работе, отказывается от участия в вечеринках, компаниях. В ходе завершающего тренинга, проходящего под лозунгом «делай то, что трудно», группа предписывает пациентке «говорить все, что придет в голову, в том числе и разные глупости, держаться развязно, при этом не отслеживать производимое на других впечатление». После выполнения задания группа поддерживает пациентку аплодисментами. Ей также дается индивидуальное задание ходить в компании, принимать приглашения, не менее 2—3 раз за вечер вступать в разговор, независимо от опасений. После этого фиксировать отсутствие негативных последствий, продвижение в контактах с целью выработки нового убеждения: «Для поддержания контакта и установления хороших отношений можно говорить о простых и естественных вещах, не стремясь родить каждый раз гениальную фразу».

Дополнительный этап — работа со страхом смерти

В качестве специальной и очень важной задачи в психотерапии эмоциональных расстройств с выраженной соматизацией можно выделить работу со страхом смерти, характерным для панических атак, агорафобии, ипохондрических страхов, вторичных депрессий, связанных со страхом за здоровье. Еще в 1910 г. знаменитый психоаналитик В. Штекель высказал предположение о том, что во всех случаях повышенной тревожности присутствует проявление инстинкта смерти, который усиливается в результате подавления сексуального инстинкта или, в более широком смысле, инстинкта жизни.

Больные зачастую даже избегают говорить об этом своем центральном страхе, боятся обсуждать эту тему, как бы прячась от самих себя. Проработка этого страха возможна лишь на относительно поздних этапах психотерапии, при установлении глубокого доверительного контакта с терапевтом, а в случае групповой работы — между членами группы.

Наш опыт работы с тревожными расстройствами показывает, что страх смерти и внутренняя враждебность тесно связаны. Согласно Фрейду, инстинкт смерти — Танатос — связан с усилением разрушительных тенденций в человеке. В своей лекции «Мы и смерть» Фрейд прямо связывает внутреннюю враждебность, наличие разрушительных тенденций и страх смерти. В каком-то смысле, чем более человек внутренне одинок, тем больше в его жизни присутствует привкус смерти. Я. Морено писал о социальной смерти как отмирании социальных связей и обеднении социального «атома».

По нашей гипотезе, внутренняя враждебность ведет больных с тревожными расстройствами ко все большей изоляции от людей, что в вышеописанном смысле как бы приближает их к смерти, становясь одним из факторов патологического разрастания страха смерти. Поэтому в качестве одного из способов преодоления страха смерти мы избрали его косвенную проработку — через осознание своей внутренней враждебности и расширение социальных контактов. Об этом способе мы уже писали выше.

Второй способ, более прямой, основан на принципе десенситизации путем снятия табу на разговоры о смерти и свободном обсуждении этой темы со всеми деталями — «что для меня самое страшное в смерти, как я представляю себе смерть» и т.д. Еще Монтень написал о том, что лучший способ преодоления страха смерти — это больше думать о смерти и говорить о ней.

В нашей культуре от человеческих глаз прячется все, что связано со смертью, — кладбища выносятся за пределы городов, в городе запрещены похоронные процессии с оркестрами, люди избегают говорить о смерти друг с другом, к смерти не готовят одежды, как это делали наши предки. Попытки людей забыть о смерти оборачиваются все большим страхом перед ней.

Полезно обсудить с больными все те преимущества, которые связаны с тем, что человек смертен, смысл смерти для человеческой жизни. Мы специально разработали также ряд психодраматических упражнений, направленных на символическую переработку темы смерти. Чрезвычайно полезно в групповой работе услышать о страхах других, узнать в них свои, почувствовать, как именно смерть сближает и объединяет, потому что она ни для кого не делает исключения.

Заключение

Главным результатом разработки интегративной модели групповой психотерапии является выделение мишеней психотерапии больных с эмоциональными расстройствами, а также ее общей стратегии и конкретных приемов. В рамках этой стратегии возможны значительные вариации по длительности и формам психотерапии. В случае значительного ограничения по времени и наличия хороших совладающих возможностей у пациента психотерапия может ограничиваться когнитивным этапом и включать от 5 до 10 индивидуальных сеансов. При наличии коморбидного личностного расстройства или выраженных межличностных проблем показано соединение когнитивного и динамического этапов. Высокая степень алекситимии требует развернутого тренинга осознания и вербализации чувств. Описываемая нами стратегия психотерапии может быть реализована как в рамках групповой работы, так и индивидуальной, меняются лишь конкретные техники и приемы, но не принципы и стратегия в целом.

Рекомендуемая литература

1. Когнитивная психотерапия расстройств личности. / Под ред. А. Бека, А. Фримена). СПб.: Питер, 2002.
2. *Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г.* Когнитивная психотерапия депрессии. СПб.: Питер, 2003.
3. *Лихи Р., Сэмпл Р.* Посттравматическое стрессовое расстройство: когнитивно-бихевиоральный подход // Московский психотерапевтический журнал. 2002. № 1. с. 150.
4. *Федоров А.П.* Когнитивно-поведенческая психотерапия. СПб.: Питер, 2002.
5. *МакМаллин Р.* Практикум по когнитивной психотерапии. — СПб.: Речь, 2001.
6. *Морли Ст., Шефферд Дж., Спенс С.* Методы когнитивной психотерапии в тренинге социальных навыков. СПб., 1996.
7. Спецвыпуск «Московского психотерапевтического журнала» по когнитивной психотерапии. 1996. № 3.
8. Спецвыпуск «Московского психотерапевтического журнала» по когнитивной психотерапии. 2001. № 4.
9. *Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г.* Когнитивно-бихевиоральная психотерапия. В сб. // Основные направления современной психотерапии. М.: Когито, 2000.
10. *Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г.* Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств как основа их интегративной психотерапии. // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. № 1. с. 94—102.
11. *Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г.* Групповая психотерапия неврозов с соматическими масками. Московский психотерапевтический журнал. 1994. № 2. с. 29—51.
12. *Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б.* Групповая психотерапия неврозов с соматическими масками. Московский психотерапевтический журнал. 1996. № 1. с. 59—73.
13. *Холмогорова А.Б.* (с соавт.). Концепция соматизации: история и современное состояние // Социальная и клиническая психиатрия. 2000. № 4. с. 81—98.
14. *Карвасарский Б.Д.* (ред.). Психотерапия. СПб.: Питер, 2000.
15. *Соколова Е.Т.* Общая психотерапия. М.: Тривола. 2001.
16. *Эйдемиллер Э.П.* Семейная системная когнитивно-поведенческая психотерапия. Л., 1990.
17. *Смулевич А.Б.* Депрессии в психиатрической и соматической практике. СПб., 2005.

Оглавление

Учебно-методическое пособое

А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян

Психологическая помощь людям, пережившим травматический стресс

Редактор *Г.С. Прокопенко*
Корректор *В.С. Антонова*
Компьютерная верстка: *М.А. Баскакова*

Формат 60x90 $^{1}/_{16}$. Гарнитура «Петербург».
Тираж 550 экз. Заказ №

Лицензия ИД № 01278 от 22.03.2000
Московский городской психолого-педагогический университет
127051 Москва, ул. Сретенка, д. 29